

Graça Maria  
Oliveira Lopes  
Capela

Desenvolvimento de  
Competências nos  
familiares/cuidadores de  
pessoas com esquizofrenia

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de mestre em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica, realizado sob a orientação do  
Mestre Lino Ramos

novembro de 2013



# **DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS FAMILIARES/CUIDADORES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA**

Relatório de Trabalho de Projeto

Discente: Graça Capela

Docente: Lino Ramos

novembro 2013

A grande arte do reabilitar encontra-se em: informar/iludir, apoiar sem proteger, sugerir sem “ameaçar”,  
estar presente sem se deixar ver.”

Cordo (2003)

## Agradecimentos

À minha família, pela aceitação da minha ausência, compreensão e estímulo em momentos difíceis.

Aos meus amigos pela disponibilidade e interesse demonstrado, sempre que foram solicitados.

Aos meus colegas, que me inculcaram confiança e coragem. À equipa de enfermagem da qual eu faço parte o meu obrigado, pois ficaram com sobrecarga de trabalho.

À enfermeira orientadora, pela disponibilidade, apoio demonstrado na integração no serviço e no esclarecimento de dúvidas.

Ao meu professor, pela paciência e disponibilidade demonstrada, assim como, pela segurança que me incultiu.

Aos utentes e seus familiares/cuidadores, que participaram neste trabalho de projeto, pois sem eles não tinha sido possível a realização deste.

## RESUMO

A problemática deste trabalho centra-se na identificação das necessidades dos familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, com posterior aplicação de sessões psicoeducativas direcionadas aos elementos da amostra.

A esquizofrenia é uma doença complexa e crónica, sendo a sua prevalência a nível mundial de 1%. Esta alteração do estado de saúde mental ostenta um conjunto de sintomas muito variados e complexos tornando-se, por vezes, de difícil compreensão.

A responsabilidade dos cuidados diários, às pessoas com alteração do estado de saúde mental, recai sobre os familiares/cuidadores que, na sua grande maioria não possuem preparação para tal. Esta situação leva-os a vivenciar diversos sentimentos, que podem ser geradores de aumento do índice de emoções expressas, provocando na pessoa com alteração do estado de saúde mental um aumento de *stress*, e consequentemente a possibilidade de aumento de recaídas e reinternamentos.

No presente trabalho de projeto, de carácter exploratório-descritivo, utilizámos os métodos quantitativo e qualitativo, recorremos à entrevista e ao questionário – Questionário de Problemas Familiares – Xavier et al. (1997). Para a colheita de dados examinámos os elementos da amostra, a qual foi constituída por oito familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, inscritos numa Unidade de Intervenção Comunitária e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, correspondente, da margem sul.

Através deste trabalho focalizámo-nos na promoção do desenvolvimento de competências destes familiares/cuidadores no lidar com o seu familiar, através de cinco sessões psicoeducativas, nas quais foram abordados os temas correspondentes às necessidades apresentadas pelos elementos da amostra.

Pela avaliação das sessões estes familiares/cuidadores mostraram-se mais informados a acerca das suas necessidades, estando recetivos à transmissão de informação como forma de aprendizagem e, consequentemente, maior capacitação no cuidar do seu familiar. Houve também referência à importância de se conhecerem os profissionais de referência (assistente social), como forma de interligação no cuidar entre os profissionais e os familiares/cuidadores.

**Palavras-chave-** Esquizofrenia; Familiares/cuidadores; Necessidades; Sobrecarga familiar; Intervenções familiares; Intervenções psicoeducativas.

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a chronic and complex disease, and its worldwide prevalence is of 1%. This alteration of mental health state sports a set of symptoms varied and complex which makes it sometimes difficult to understand.

The responsibility of daily care to people with an altered mental state, falls on the family / caregivers who, in their vast majority, have no preparation for such, which leads them to feel a swirl of emotions. These feelings lead to an increased rate of emotions expressed, which provokes, in the person with an altered mental state, an increase of stress and thus the possibility of increased relapse and rehospitalisation.

The issue of this work focused on identifying the needs of families / carers of people with schizophrenia, with subsequent application of psychoeducational sessions directed at the elements of the sample.

In this paper, of an exploratory-descriptive character, we used quantitative and qualitative methods, we used the interview and questionnaire– Questionário de Problemas Familiares – Xavier et al. (1997). For data collection we examined the elements of the sample, which consisted of eight family members / caregivers of persons with schizophrenia enrolled in a Community Intervention Unit and Unit Health Care Custom, corresponding, on the southern shore of the Tejo river.

Through this work we focus on promoting the development of skills of these families / caregivers in dealing with their family member through five psychoeducational sessions, in which were discussed the issues related to the needs presented by the elements of the sample.

For the evaluation of these sessions the family / caregivers showed that they were more informed about their needs. Now they are more receptive to the transmission of information as a way of learning and, consequently, greater training in caring for their family member. There was also reference to the importance of knowing the reference professionals (social worker), as a means of interconnection between the care providers and family members / caregivers.

Keywords-Schizophrenia; Family / caregivers; Needs; family burden; family interventions; psychoeducational interventions.

## **ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal

ANA – American Nurses Association

ACT – Tratamento Assertivo Comunitário

Artº - Artigo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIR – Cuidados Integrados e Recuperação

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde

Mental

IF – Intervenções Familiares

IGF – Intervenções em grupos de famílias

IGMF – Intervenções com grupos de famílias

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IUF – Intervenções com uma família

NAMI – National Alliance for the Mentaly

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRISMA – Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em

Ambulatório

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIC – Unidade de Intervenção Comunitária

RCEEEESM - Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

RPQCEESM – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados

Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

TFC – Terapia Familiar Comportamental

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	8
PARTE I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
1. SAÚDE MENTAL/DOENÇA MENTAL: CONCEITOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA .....	11
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ESQUIZOFRENIA .....	19
3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE .....	23
4. A FAMÍLIA COMO CUIDADORA.....	38
5. O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR.....	46
6. RECURSOS DA COMUNIDADE .....	48
PARTE II: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO .....	52
1. METODOLOGIA DIAGNÓSTICA .....	57
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	62
PARTE III: PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA .....	70
1. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS .....	70
2. PLANEAMENTO .....	74
3. EXECUÇÃO .....	76
3.1. Intervenções programadas no projeto .....	76
3.2. Intervenções decorrentes da execução do projeto .....	85
4. AVALIAÇÃO .....	94
PARTE IV: SINTESE DAS APRENDIZAGENS.....	98
1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....	100
2. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....	109
CONCLUSÃO .....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	122



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de projeto insere-se no âmbito do 1º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

A problemática deste trabalho de projeto surge na sequência do nosso interesse sobre as pessoas com alteração do estado de saúde mental, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da margem sul, que estão no domicílio e de seus familiares/cuidadores.

Terra et al., alude que o número de pessoas com alterações do estado de saúde mental a viverem com as suas famílias tem vindo a aumentar nos últimos anos. Este aumento reflete todo o processo de desinstitucionalização que tem vindo a ser adotado desde a segunda metade do século XX. É evidente a boa vontade que existe relativamente à estadia, destas pessoas, na comunidade, no entanto, continua a verificar – se atitudes de medo, exclusão, estigma e de controlo social (2006).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM, 2010) a família é a unidade básica geradora de saúde. A manifestação de doença mental na família cria um grande desafio ao equilíbrio desta unidade. Muitos dos familiares/cuidadores não estão preparados para cuidar deste familiar, com alteração do estado de saúde mental, por falta de conhecimento acerca da doença mental, dos recursos existentes na comunidade, de como atuar em situação de crise, do desconhecimento dos sinais de alerta de uma crise, levando estes a uma sobrecarga tanto objetiva como subjetiva, fonte de sofrimento, que pode conduzir ao adoecer mental destes (Gonçalves Pereira/Caldas Almeida, 1999; Gonçalves Pereira/Sampaio, 2011; SPESM, 2010). Pelo que é necessário fornecer aos familiares/cuidadores apoio e capacitação acerca das suas necessidades, para que este cuidar seja menos penoso e possa ser gerador de crescimento pessoal. Para além desta capacitação, como refere Cordo (2003), torna-se crucial não só reabilitar a pessoa portadora de patologia mental e a sua família, como também se revela essencial que a comunidade crie as infraestruturas adequadas para os receber.

Cabral (2001) menciona que todas as pessoas têm direito a viver com qualidade, sendo esta adquirida através dum equilíbrio dinâmico entre satisfação e sucesso pessoal. Intrínseco a essa qualidade de vida, encontra-se todo um conjunto de necessidades (já descritas) a serem suprimidas, sejam elas de nível individual ou familiar, devendo os

profissionais atuar através de intervenções familiares psicoeducativas, individuais ou grupais, com inclusão ou não do doente. Estas intervenções têm como objetivo o desenvolvimento de competências dos familiares/cuidadores acerca das características da doença do seu familiar, de qual a sua função no sistema familiar e de como gerir adequadamente a sua relação com o mesmo, fornecendo sugestões de estratégias de *coping*, conduzindo a um comportamento mais assertivo, por parte destes. Os programas psicoeducativos diminuem a probabilidade de recaídas e de reinternamentos da pessoa com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente com esquizofrenia, melhoram o ambiente familiar, assim como a qualidade de vida familiar (Townsend, 2011) .

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2002), os cuidados de saúde primários têm um papel importantíssimo no controlo e tratamento de pessoas com perturbações mentais, possibilitando, à comunidade, um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, proporcionando melhores cuidados. O que é corroborado por Townsend (2011) quando faz referência ao Modelo de Saúde Pública (baseado na conceção criada por Gerald Caplan, em 1964), que inclui a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem como objetivo a redução de ocorrências de perturbações mentais na comunidade; a prevenção secundária, visa *“intervenções com o objetivo de minimizar os sintomas iniciais da doença psiquiátrica e voltados para a redução da prevalência e duração da mesma”* (Townsend, 2011:782); por último a prevenção terciária tem como objetivo diminuir os sintomas residuais que estão relacionados com a patologia mental crónica. Nesta área de prevenção o enfermeiro deve intervir com programas de reabilitação psicossocial, a nível individual ou grupal. Estes programas devem ser dirigidos a pessoas com alteração do estado de saúde mental, ou aos seus familiares/cuidadores, tendo como objetivo, a facilitação da independência e da participação social das pessoas acima mencionadas. Pelo que a presença de programas de reabilitação psicossocial, devia ser uma das prioridades das instituições de reabilitação em saúde mental, na comunidade. Estes serviços deverão oferecer um ambiente de esperança no futuro e de possibilidades integradas e reais orientadas em função das necessidades das pessoas com alteração do estado de saúde mental e de seus familiares/cuidadores (Recomendações das Entidades de Reabilitação Psicossocial para a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (RERPCNRSSM), 2006). As necessidades a nível da saúde mental exigem respostas originais e atempadas dos serviços de saúde, a nível comunitário, devendo

abranger estruturas políticas, com uma política nacional translúcida, ativa e apropriada aos dias de hoje (SPESM, 2010).

Este trabalho de projeto, de natureza qualitativa e quantitativa, encontra-se estruturado em treze capítulos, divididos em quatro partes.

Na primeira parte trata-se do enquadramento conceptual, essencial a este trabalho, com especial realce para os cuidados de enfermagem de saúde mental na comunidade, as funções da família como cuidadora do familiar com alterações do estado de saúde mental, nomeadamente com esquizofrenia e os recursos comunitários.

Na segunda parte encontra-se todo o trabalho desenvolvido, para a obtenção dos dados analisados. Estes resultados permitiram o planeamento de intervenções psicoeducativas a serem posteriormente aplicadas aos elementos da amostra.

Na terceira parte apresenta-se o desenvolvimento do projeto de aprendizagem clínica, aplicado a nível comunitário aos elementos do grupo em análise, dando-se a conhecer os objetivos, o planeamento, a execução das intervenções programadas no projeto e das decorrentes da execução deste.

Na quarta parte faz-se alusão às competências do enfermeiro especialista e de mestre de saúde mental, desenvolvidas ao longo do trabalho.

Por fim, apresentam-se as conclusões de toda a análise do trabalho de projeto.

Termina-se com as referências bibliográficas que serviram de apoio a todo o este trabalho de projeto e um anexo.

## PARTE I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo pretendemos aprofundar a importância da reabilitação psicossocial para as pessoas com alteração do estado de saúde mental, em particular com esquizofrenia e para os seus familiares/cuidadores, nomeadamente a nível das intervenções familiares. Escolhemos iniciar o enquadramento teórico com temas relacionados com a evolução histórica da doença mental, a esquizofrenia na saúde mental (evolução da doença, a etiologia, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento). Dentro deste enquadramento abordaremos, ainda, o papel do enfermeiro, que deve ser de mediador, no processo de aquisição de competências por parte dos familiares/cuidadores no cuidar do seu familiar doente (uma vez que a maioria destas pessoas vive no seio familiar). Por último, quais os recursos que a comunidade disponibiliza para a pessoa com esquizofrenia e para a sua família.

Como meio de recolha de informação foram realizadas pesquisas eletrónicas, em duas bases de dados de cariz científico, nomeadamente *Ebscohost e Pubmed*, em Revistas Médicas Portuguesas, dissertações e teses de mestrado realizadas em Portugal, em contexto académico e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Na referida pesquisa eletrónica utilizámos a seguinte combinação de palavras-chave: “esquizofrenia”, “intervenções familiares”, “*empowerment*”, “implementação” e “psicoeducação”.

### 1. SAÚDE/DOENÇA MENTAL: CONCEITOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A saúde mental, numa óptica holística, compreende a capacidade da pessoa para estimar a vida e procurar um equilíbrio entre as ações e os esforços para atingir a “*resiliência psicológica*” (SPESM, 2010:15). Este estado de equilíbrio permite ao indivíduo ter uma participação ativa a nível laboral, intelectual e social, permitindo-lhe alcançar um bem-estar e alguma qualidade de vida.

Saúde mental para Townsend, “*é vista como a adaptação bem-sucedida aos agentes agente stressores do ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais*” (2011:15).

Como representação de saúde mental, Jahoda enumerou uma listagem de seis indicadores, tais como: Atitude positiva para consigo próprio; Crescimento; Desenvolvimento e Capacidade de Alcançar a Auto Atualização; Integração; Autonomia; Percepção da realidade e mestria ambiental (1958).

A *American Psychiatric Association* (APA) caracteriza saúde mental como: a realização com êxito das funções mentais evidenciado por três ações proveitosas, relações aceitáveis com outras pessoas, a aptidão de se adaptar à mudança e de lidar com a contrariedade (2002).

A saúde física, a saúde mental e social estão interligadas, sendo a saúde mental imprescindível para o bem-estar das pessoas, das sociedades e dos países (DGS, 2002). Deste modo, a saúde mental edifica-se em todos os meios, assim como, em todas as etapas do ciclo de vida. Nesta perspetiva, a política global de Saúde Mental não se realiza apenas entre os sectores sociais e da saúde, mas em cooperação com os mais diversificados sectores, tais como, a educação, o emprego, a habitação, o ambiente e a justiça, entre outros. Proporcionando a participação ativa das pessoas, como nossos parceiros nos cuidados, promovendo metodologias de informação sobre a saúde mental, campanhas de combate ao estigma. Para que uma comunidade possa ser impulsionadora de Saúde Mental, deve ter acesso aos serviços de saúde mental, a baixo custo, predominando a promoção da equidade e da justiça social. De acordo com a SPESM “ *o esforço é contínuo, de todos e para todos, e consiste em colocar no quotidiano da nossa comunidade o valor de pensar em Saúde Mental: a minha saúde mental também nasce na saúde dos outros*” (2010:34).

Por sua vez, doença mental é um conceito difícil de definir em termos universais, uma vez que existem diversos fatores que influenciam esta definição, nomeadamente a nível cultural e social.

Townsend descreve doença mental “*por respostas mal adaptativas aos agentes agente stressores de ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com as normas locais e culturais e que interfere com o funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo*” (2011:16). A mesma autora refere que a adaptação é estabelecida pelo grau com que os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos intervêm com a atividade habitual da pessoa (2011).

Durante muitos séculos, a doença mental, foi caracterizada como uma lacuna que a pessoa apresentava na sua conduta perante a sociedade, estando assim fora das expectativas esperadas para o convívio social. Na perspetiva das sociedades primitivas, era

atribuída aos deuses a responsabilidade pela doença em geral, assim como as do foro mental. As pessoas eram tratadas por feiticeiros-médicos que recorriam a rituais mágicos de exorcismo, utilizados para expulsar o que acreditavam ser espíritos malignos. Muitas vezes eram obtidos autênticos milagres devido à convincente psicoterapia de sugestão, assim como a hipnose, ambas associadas a uma terapêutica à base de plantas que dispunham de determinadas propriedades medicinais (Terra et al., 2006).

Na Antiguidade Clássica emerge a concepção naturalista de Hipócrates (460-337 a.C.), através da qual se passou a considerar a pessoa com alteração do estado de saúde mental como uma vítima inocente, atribuindo uma base orgânica à doença mental (teoria dos humores), assim como o resultado de uma componente hereditária e, por outro lado, a constituição individual de cada um. Séculos mais tarde, Galeno (131-201 d.C.) retoma as alterações do humor no sistema nervoso para enquadrar as perturbações mentais. Porém, a Idade Média (1476-1453) trouxe um retrocesso às ideias sobrenaturais e transcendentais, como causa da doença mental. O cérebro era considerado o centro do mal, continuando-se a prática da trepanação, assim como o exorcismo, a tortura punitiva e mesmo a morte pelo fogo. No Renascimento inicia-se a contestação à demonologia, verificando-se a imposição da doença mental, como qualquer outra doença, digna de um tratamento adequado, tendo sido criado o primeiro Hospital Psiquiátrico (Terra et al., 2006).

Na Idade Moderna (século XVII-XVIII) surge o primeiro livro de psiquiatria *Anatomy of Melancholy de Burton*, em 1621.

Até cerca de 1800, o modelo predominante de doença era de “patologia humoral”, passando neste século, a ser considerado como patologia celular (histopatologia), sendo a abordagem assente na semiologia.

Na transição do século XIX para o século XX, a psiquiatria, enquanto ciência incorporada na medicina, dá-se quando Wilhelm-Griesinger, na sua *Patologia e Terapia Das Doenças Mentais* (1845), afirma que “as doenças mentais são doenças do cérebro”, abrindo-se caminho para que Jean-Marie Charcot (1825-1893) justificasse a hipnose como forma terapêutica, bem como para o reconhecimento da psicoterapia, de um modo geral (Terra et al., 2006).

Esta mudança epistemológica continuou a evoluir ao longo do século XX, na qual o papel de Freud (1856-1939) foi de especial primazia, com a sua interpretação psicodinâmica da doença mental.

Em 1873, com a formatura de Linda Richards, em Boston, inaugurou-se a enfermagem psiquiátrica. Esta esteve na origem da criação de vários hospitais psiquiátricos, assim, como da primeira escola de enfermagem psiquiátrica, em 1882. Esta escola, desenvolvia o treino, acerca de como proporcionar cuidados individualizados aos doentes institucionalizados, em asilos psiquiátricos, treino que não envolvia o estudo de conhecimentos psicológicos, dando-se primazia à importância da relação enfermeiro-doente, assim como, às técnicas de comunicação (Townsend, 2011).

A grande viragem do século XX baseou-se na circunstância de a vida institucionalizada do doente se ter transferido para o domicílio, onde o papel do meio social e familiar apresentam relevante importância para a adaptação do indivíduo à comunidade. Para além do que foi referido, o cuidar da pessoa com alteração do estado de saúde mental, na comunidade, tem custos mais reduzidos.

A desinstitucionalização continua a ser o foco de transformação do cuidado de saúde mental nos EUA (Townsend, 2011). Um dos efeitos da desinstitucionalização foi o desenvolvimento da reabilitação psicossocial das pessoas com alteração do estado de saúde mental e das suas famílias. Nesta perspetiva integradora, houve a necessidade de se criarem departamentos/centros de saúde mental, que ajudassem nesta integração tanto o indivíduo como a família (Terra et al., 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório anual 2002, definiu Reabilitação Psicossocial como uma norma que presenteia as pessoas que estão mais vulneráveis, os incapacitados, os deficientes, em consequência da perturbação mental, a possibilidade de compreender o seu nível latente de ação, de capacidade independente que consegue ter na comunidade. Para que tal seja possível, tem de abranger o desenvolvimento de aptidões individuais e sociais, interesses pessoais e atividades de lazer, que dão um vivido na participação e na estima de cada um. Trata-se de um processo muito abrangente que também inclui a introdução de modificações a nível ambiental (Cordo, 2003). Apesar desta mudança do foco do cuidar a saúde mental, o estigma da pessoa com alteração do estado de saúde mental perdura. No entanto, os estigmas raramente se baseiam em conceções válidas, nascendo de estereótipos ou perceções que podem ser falsas, ou só parcialmente verdadeiras (Giddens, 2007). O mesmo autor refere que um estigma é qualquer característica que diferencia um indivíduo ou grupo da maioria da população, o que faz com que estes sejam tratados com desconfiança e/ou hostilidade. Quando uma doença é vista como sinal de vergonha ou de desonra, as pessoas

que sofrem dela, assim como os seus familiares, podem ser rejeitadas pela população saudável (Cordo, 2003).

O estigma é um problema complexo, para o qual não existem soluções fáceis. A investigação tem demonstrado que quanto maior for o conhecimento da comunidade acerca das doenças mentais, mais as suas crenças negativas diminuem, combatendo, assim, o preconceito. No entanto, é mencionado por vários autores, que todas as pessoas ostentam algumas características relacionadas com a saúde mental e com a doença mental, em determinado momento da sua vida. Como referido pelo Programa de formação em saúde mental comunitária (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009) e Townsend (2011) a resposta a situações *stressantes* é influenciada pela sua compreensão sobre a situação, e por, outros fatores: genéticos, maturidade de desenvolvimento, experiências anteriores, estratégias de *coping* (que seja capaz de adotar), apoio familiar e social.

A OMS (2005) notifica que as pessoas com alteração do estado de saúde mental são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege os cidadãos vulneráveis (entre os quais pessoas com alteração do estado de saúde mental) reflete uma sociedade que respeita e cuida do seu povo, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania expresso pela qualidade de vida das pessoas. A legislação é uma ferramenta eficaz para promover o acesso aos cuidados de saúde mental, protegendo os direitos destas pessoas. A necessidade de legislação de saúde mental deriva de um entendimento cada vez maior do que representam os encargos pessoais, sociais e económicos dos transtornos mentais, à escala mundial. Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e milhões por demência. Os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida, com qualidade, perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse peso cresça significativamente no futuro.

A Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., através do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, divulga que:

*“os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. (...) Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas”* (2008:5).

O mesmo autor refere que os escassos meios disponíveis para a saúde mental em Portugal, é seguramente um dos motivos que tem dificultado o progresso e a melhoria dos



serviços neste setor. Ao contrário do que acontece noutros países, as pessoas com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores, nunca tiveram uma voz ativa na sociedade portuguesa (2008).

Contudo, as pessoas com alteração do estado de saúde mental são titulares de certos direitos.

Barcelos (2004) refere que os direitos exprimem o poder que o homem tem de reivindicar o que lhe é devido ou que considera ser-lhe devido. Os direitos podem ser fundamentais (naturais, morais ou humanos) e resultam da própria natureza do Homem, sendo parte essencial e intrínseca da própria condição humana; podem também ser derivados ou positivos, dependendo neste caso dos anteriores. Estes últimos são elaborados pelas pessoas (normalmente pelos representantes da população) e criam regras, leis e obrigações que garantem uma organização social mais adequada, tendo como finalidade alcançar o bem-estar da comunidade. Doise (2002) considera que os direitos do homem podem ser ponderados como princípios de representações sociais normativas, que pelo menos ao nível da intenção, deveriam permitir aos seres humanos avaliar e organizar as suas relações e interações.

A Lei da Saúde Mental surgiu em 1963 (Lei nº 2118), com o intuito de estabelecer os princípios gerais da política e regulamentar o tratamento e internamento, determinando ainda os princípios orientadores para a descentralização dos serviços através da criação de centros de saúde mental de orientação comunitária (Serviços Sociais na Saúde, 2010).

Em 1992, com o Decreto-Lei nº 127/92 de 3/7 e a Portaria nº 750/92 de 1/8, determinou-se a extinção dos centros de saúde mental e a transferência das suas atribuições para hospitais gerais, centrais e distritais. Em 1995 foi criada a Comissão Nacional de Saúde Mental, a qual propôs um modelo organizacional para o setor e, em 1996, foi criado o grupo de trabalho para a revisão da lei de saúde mental. Em 1997, foi criada a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, no sistema geral de cuidados de saúde a nível exclusivamente hospitalar.

Segundo a mesma fonte, em 1998 foi criada uma nova Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24/7, a qual já foi alterada pela Lei n.º 101/99, de 26/7), a qual estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo. Enunciou (no artigo 3º) como princípios gerais a promoção de cuidados na comunidade, num meio o menos restrito possível, com internamentos em hospitais gerais, assegurando a reabilitação psicossocial através de estruturas residenciais, centros de dia e unidades de

treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade, devendo a prestação de cuidados proposta ser assegurada por equipas multidisciplinares (Serviços Sociais na Saúde, 2010).

Ainda nesse ano, com o Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/6, foi proposta a intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados, definindo objetivos para uma área de intervenção em situações de dependência, entre as quais as situações de doença mental, com o desenho de equipamentos específicos para esta população, os quais consistem em Unidades de Vida Apoiada, Unidades de Vida Protegida, Unidades de Vida Autónoma, Fóruns Sócio Ocupacionais, Unidades de Apoio Integrado. Mais tarde foi convertido em Plano Nacional de Cuidados Integrados, a 13 de janeiro de 2001, sendo criada a Rede de Cuidados Continuados em saúde em 2003, passando esta a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em 2006.

Ainda em 1999, e seguindo a mesma fonte, o Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro veio estabelecer a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, regulamentando o Conselho Nacional de Saúde Mental e as atribuições dos Hospitais Psiquiátricos (Serviços Sociais na Saúde, 2010).

Foi apresentado pela OMS o Relatório de Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança (2001), que visou sensibilizar o público e os profissionais de saúde para os problemas relacionados com as doenças mentais, bem como para os custos humanos, sociais e económicos provocados por estas patologias. Este Relatório analisa a área da prevenção, a disponibilidade de tratamento e acesso a este, e traça 10 recomendações gerais, que cada país pode adaptar de acordo com as suas necessidades e recursos.

Em 2001 no Dia Mundial da Saúde, foi lançada a Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (tendo sido a primeira rede a ser publicada), a qual determina como vão ser prestados os cuidados de saúde mental integrados no Sistema Nacional de Saúde. Passados três anos, tornou-se fundamental proceder a uma revisão e atualização da rede. Realizaram-se reuniões com representantes das Administrações Regionais de Saúde, Serviços Regionais e Serviços Locais de Saúde Mental. Atualizaram-se os recursos humanos e a capacidade dos serviços à data de 30 de Abril de 2004 e introduziram-se novos capítulos. O título foi modificado, tendo sido retirada a expressão “hospitalar”, devido ao fato de nos cuidados prestados às populações, estar incluído as componentes dos cuidados de saúde primários e os cuidados comunitários (Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., 2008).

Ainda em 2001, o Despacho nº 364/2001 veio consagrar o reconhecimento do *stress* pós-traumático como causa da diminuição da capacidade geral de aproveitamento, integrando esta patologia no regime de Proteção aos Deficientes das Forças Armadas, com o Decreto-Lei nº 43/76 de 21/1. Foi criada uma rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica, bem como estabelecendo a organização de prestações de cuidados de saúde no sistema de Saúde Militar.

Com o Despacho Conjunto nº 980 de 21/11, em 2005, foi criada a comissão para o acompanhamento da execução do regime de internamento compulsivo. Foi também lançado o *Livro Verde Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, o qual propõe a definição de uma estratégia comunitária para esta área, tendo como objetivo lançar o debate com as instituições europeias, os governos, os profissionais de saúde, outros interessados dos demais setores, a sociedade civil, incluindo associações de doentes, e a comunidade científica sobre a importância da saúde mental para a Unidade Europeia, a necessidade de uma estratégia a nível comunitário e as suas eventuais prioridades. Este *Livro Verde* constituiu um contributo da Comissão Europeia para a execução desse plano de ação, elaborado de acordo com as suas competências, as expectativas do Conselho, e em parceria com a OMS. Ainda nesse ano na Declaração de Helsínquia, assinada em janeiro de 2005, foram traçadas como prioridades a prevenção, o tratamento e a reabilitação do doente mental, abrangendo todos os países da Comunidade Europeia, a OMS e o Conselho da Europa, visando, assim, combater as doenças mentais, bem como melhorar o tratamento dos danos causados por estas patologias (Serviços Sociais na Saúde, 2010).

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, visa assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com alteração do estado de saúde mental, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais; descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitando a participação das comunidades, das pessoas portadoras de patologia mental e respetivas famílias; integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

## 2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM FACE À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as competências do enfermeiro de cuidados gerais:

*“centram-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (2003:4).*

Relativamente ao Regulamento das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEEESM, OE, 2010), focaliza-se: *“na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. (...) Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental: “são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro especialista de saúde mental desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (2010:2).*

Peplau (1963) descreve quatro estados de ansiedade, no qual o último, o estado de pânico, pode levar a pessoa, a uma perda de contacto com a realidade, que pode ser geradora de atitudes psicóticas, podendo conduzir a comportamentos bizarros, alucinações, delírios. Podendo despontar patologias como; a Esquizofrenia, Perturbação esquizoaffectiva e Perturbações delirantes.

Relativamente à Esquizofrenia é uma palavra que *“deriva do grego e etimologicamente corresponde a schizein, fenda ou cisão, e phrenós, que significa pensamento” (Afonso, 2002:21).*

A esquizofrenia é uma das mais importantes doenças mentais, sendo a sua prevalência a nível mundial cerca de 1%, podendo esta ser desenvolvida em determinado momento da vida da pessoa. É uma doença complexa, não dependendo apenas de uma causa, mas antes de uma provável etiologia multifatorial. Identificada em todo o mundo, esta doença afeta todas as classes sociais e raças (Afonso, 2002).

Esta doença manifesta-se, habitualmente, na parte final da adolescência ou início da vida adulta. O seu aparecimento para os indivíduos de sexo masculino pode ocorrer entre os 15 e os 25 anos de idade, no sexo feminino a doença pode ocorrer entre os 25 e os 30 anos de idade (Lewine, 1981).

Afonso (2002) refere que a Esquizofrenia apresenta um conjunto de sintomas bastante diversificado e complexo, tornando-se, por vezes, de difícil compreensão. Estes sintomas englobam aspetos ligados ao pensamento (forma e conteúdo), à percepção, ao rendimento cognitivo, à afetividade e ao comportamento, conduzindo a défices nas relações interpessoais e a uma perda de contacto com a realidade. Os principais sintomas da esquizofrenia passam por alucinações, delírios, perturbações do pensamento, dificuldades cognitivas, declínio no funcionamento social ou ocupacional, comportamento desorganizado ou catatónico e os sintomas negativos (falta de energia, motivação, prazer ou expressão emotiva), apresentam um isolamento social marcado por um embotamento afetivo e uma pobreza ao nível do conteúdo do pensamento. A esquizofrenia é uma patologia que tende a ser episódica, com fases de agudização. O diagnóstico de esquizofrenia é feito tendo por base um quadro de diferentes sintomas, a sua duração, e severidade. O aparecimento de meios auxiliares de diagnóstico como a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Magnética, entre outros, aliado ao desenvolvimento na área da genética, vieram proporcionar uma maior credibilidade ao diagnóstico clínico (Afonso, 2002).

Os métodos terapêuticos usados no tratamento desta patologia têm vindo a evoluir de forma cada vez mais segura, principalmente com a chegada de medicamentos que atuam ao nível da diminuição dos sintomas psicóticos, mas também com o desenvolvimento de outras técnicas de intervenção nomeadamente a reabilitação psicossocial e a psicoterapia.

Segundo Caldas de Almeida/Xavier (1997) o tratamento farmacológico da esquizofrenia inclui três fases que estão relacionadas com a evolução da doença: 1 – **a fase aguda** na qual são usados fármacos antipsicóticos, Através deste, pretende-se diminuir a ansiedade, a agitação psicomotora e a acelerada remissão dos sintomas específicos da doença. 2 – **a fase de estabilização** que se dá entre a remissão dos sintomas e a alta hospitalar, nesta fase pretende-se a aprendizagem ou o aumento do *insight*. Por último temos 3 – **a fase de manutenção**, nesta pretende-se o controlo dos efeitos secundários da medicação e a deteção precoce de sinais de recaída. Porém, os efeitos secundários da medicação limitam muitas vezes a adesão ao tratamento, nas pessoas portadoras de

esquizofrenia (Roberts, 2006). Cerca de 74% destas pessoas interrompem o tratamento no prazo máximo de 18 meses (Schultz et al., 2007). Estas pessoas para além do tratamento farmacológico, necessitam de um tratamento integrado, a longo prazo com psicoterapia. Esta deve incluir a importância da adesão à terapêutica, e seus efeitos secundários; aumento do *insight*; deteção de sinais e sintomas de crise; entre outros, para que se verifique uma diminuição no número de recaídas e de reinternamentos destas pessoas, assim como, uma melhor qualidade de vida.

A psicoterapia pode ser ao nível comportamental, treino de competências sociais, *milieu therapy* e terapia familiar, podendo ser de cariz individual ou grupal. O enfermeiro tem um papel crucial na avaliação das necessidades da pessoa portadora de esquizofrenia, como dos seus familiares/cuidadores, utilizando o processo de enfermagem. Deve estabelecer com a pessoa com alteração do estado de saúde mental uma relação de confiança, encorajando-os a tornarem-se o mais independente possível na realização das atividades de vida diária, a terem confiança neles próprios, levando-os a expressarem emoções e sentimentos, que possam estar a interferir na sua vida.

O enfermeiro deve ser o mediador, no sentido de conduzir estas pessoas, dentro das suas capacidades, a terem vidas proactivas na sociedade. Para além da pessoa portadora de esquizofrenia necessitar de psicoterapia, o seu familiar/cuidador geralmente também precisa de apoio e de capacitação. O foco centra-se ao nível da informação sobre a doença, a importância da adesão à medicação, a aprender estratégias de *coping* para ajudar a lidar com os sintomas, o treino de competências sociais, visando a diminuição do número de recaídas e de reinternamentos (Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., 2008 e Townsend, 2011).

Citado por Townsend, segundo Lagerquist (2006) define crise, como “*um acontecimento súbito na vida de uma pessoa que perturba a homeostase, durante a qual os mecanismos de coping habituais não conseguem resolver o problema*” (2011).

Numa situação de crise a pessoa não confia possuir recursos para combater o *stressor* que desencadeou a crise, sente-se incapaz de realizar mudanças e os níveis de ansiedade podem aumentar de tal modo que a pessoa deixa de conseguir funcionar, os pensamentos tornam-se obsessivos, todo o comportamento tem como objetivo a diminuição da ansiedade que está a ser vivida no aqui e agora.

No caso de pessoas portadoras de esquizofrenia, com episódios recorrentes de crises, a sintomatologia torna-se mais exacerbada, piorando o prognóstico da doença. Estas

situações de crise podem ter consequências nefastas para a pessoa, tanto a nível físico, como psicológico. Porém as situações de crise vivenciadas podem tornar-se ocasiões de crescimento, quando as pessoas descobrem novas estratégias de *coping*, que podem ser utilizadas quando surgir de novo *stressores* análogos (Townsend, 2011).

Baldwin (1978) sinalizou seis tipos de crises emocionais, que avançam por grau de severidade. O tipo de crise estabelece qual a intervenção a ser utilizada. Os tipos de crise são: Crises disposicionais; Crises antecipadas de transições de vida; Crises resultantes de *stress* traumático; Crises de maturidade/desenvolvimento; Crises que refletem psicopatologia (neuroses graves, esquizofrenia) e Emergências psiquiátricas.

A intervenção na crise pode acontecer em meio hospitalar, em ambulatório, na comunidade. O método a seguir consta principalmente na utilização de técnicas de resolução de problemas e atividades organizadas que se centralizam em mudanças adaptativas, ou seja, no desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas para lidar com situações *stressantes* futuramente. Através das quais as situações de crise são resolvidas e promovem o crescimento pessoal.

Aguilera declara que: *“o objetivo da intervenção em crise é a resolução de uma crise imediata. O seu foco é no apoio, com a restauração do indivíduo para o seu nível de funcionamento pré-crise ou possivelmente para um nível mais elevado de funcionamento. O papel do terapeuta é direto, de apoio e de participante ativo”* (1998:14).

O enfermeiro tem um papel ativo na intervenção na crise, utilizando o processo de enfermagem. Através da entrevista faz a colheita de dados e analisa a informação colhida, identifica os diagnósticos de enfermagem e passa à fase de planeamento das intervenções. Na fase seguinte procede-se à implementação das intervenções, focalizadas no “aqui e agora”. Após a realização destas procede-se à avaliação para determinar se o objetivo foi atingido, e se a pessoa cresceu com esta experiência. Também nesta fase é feita a avaliação da necessidade de terapia, se for o caso, o enfermeiro deve fornecer informação acerca das que existem e efetuar o encaminhamento.

Como acima descrito, a esquizofrenia é uma patologia que gera uma grande ameaça à vida e à felicidade individual e familiar. Nestas pessoas, o tratamento mais adequado parece ser uma combinação simultânea com tratamento farmacológico e terapia psicossocial, com intervenção de uma equipa multidisciplinar.

Porém o familiar/cuidador também não pode ser esquecido, geralmente necessita de apoio e de desenvolver determinadas competências, como por exemplo, acerca de

patologias psicóticas. O trabalho do enfermeiro de saúde mental na comunidade com estes familiares/cuidadores deve focar-se nos seguintes aspetos: sinais e sintomas da doença; deteção de sinais de crise; promoção da adesão à terapêutica; adoção de estratégias de *coping*, visando a assertividade nos comportamentos destes.

Todo este trabalho tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida da família, a redução no número de recaídas e de reinternamentos.

### **3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE**

A enfermagem de saúde mental identifica as necessidades de cuidados de saúde mental e psiquiátricos da pessoa com alteração do estado de saúde mental, inserido na família, e simultaneamente aborda as necessidades da família como um todo. Esta área de especialidade de enfermagem compreende a prevenção, a intervenção e a reabilitação (ANA, 1994).

Após a desinstitucionalização, Portugal foi um dos primeiros países europeus a criar uma lei nacional (1963), que possibilitou a implementação de centros de saúde mental, a nível distrital. Segundo Rich et al., (1995) a psiquiatria comunitária veio designar uma nova forma de cuidar das pessoas com alteração do estado de saúde mental na comunidade, sem os afastar dos seus familiares e do meio onde estão inseridos, através da descentralização de serviços. Esta descentralização proporcionou uma melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados a estas pessoas, assim como, aos seus familiares.

Apesar de existirem benefícios em cuidar de pessoas com alteração do estado de saúde mental no domicílio, também existem inconvenientes como a sobrecarga dos familiares/cuidadores, a qual pode colocá-los em situação de risco.

Os fatores de *stress* vividos pela família podem abarcar, obstáculos em lidar com atitudes perturbadas, com a incerteza e a instabilidade dos sintomas, a solidão e o isolamento em consequência do estigma de ter um membro da família com alteração do estado de saúde mental (Baker, 1993). Nalgumas famílias, a sobrecarga de prestar cuidados informais pode contribuir para níveis mais elevados de patologias afetivas e de ansiedade (Cochrane et al., 1997).

É fundamental que os prestadores de cuidados recebam apoio para lidar com estes fatores de *stress*, assim como, informação sobre o tratamento de sintomas e recursos da comunidade, para cuidar de forma eficiente do familiar portador de patologia mental, em



casa. Os enfermeiros de saúde mental que prestam cuidados centralizados na família, possuem competências para identificar as necessidades da pessoa com alteração do estado de saúde mental inserido no contexto familiar, e dar resposta às necessidades desta como um todo.

Seguindo esta perspetiva de cuidar, e de acordo com a integração dos cuidados de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde e nos hospitais gerais, o sistema de saúde mental beneficiou com a implementação de uma filosofia de cuidados que foi sendo realizada pelo Ministério da Saúde, e que tem como objetivos: melhorar a qualidade de vida dos utentes e não apenas focalizados no tratamento dos sintomas; avaliação das necessidades de saúde e sociais do utente e da família; intervenção centrada no utente; articulação dos serviços de saúde com outros sectores; sistema integrado de cuidados de saúde e de apoio social; preocupação com a avaliação e com a qualidade dos cuidados/serviços; estabelecimento de metas em termos de ganhos em saúde (para avaliar a eficácia e a efetividade); estabelecimento de parcerias entre serviços públicos e privados (Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., 2008).

De acordo com a fonte anterior, a partir do final dos anos 90, verificou-se o aparecimento de programas e de estruturas de reabilitação psicossocial, concebidos ao abrigo do Programa Horizon da CE, do Despacho Conjunto nº 407/98 e da legislação de apoio ao emprego. Através deste despacho foi possível a intervenção articulada entre o Ministério da Saúde e da Segurança Social, a vários níveis. Um deles foi a conceção de estruturas na comunidade, que preveem o financiamento de unidades de residência (unidades de vida) e ocupacionais (fóruns sócio ocupacionais). A implementação destas unidades foi possível devido ao crescimento das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), assim como, de vários serviços de reabilitação profissional, retificando uma deficiência no nosso sistema de cuidados de saúde mental.

A reabilitação psicossocial fundamenta-se num princípio de que é ajudar a pessoa a superar as limitações originadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas habilidades. Para que isto possa ser possível é necessário reabilitar também a comunidade, diminuindo as barreiras do estigma (Cordo, 2003).

De acordo com Read/Harre (2001) é necessário criar redes de suporte que apóiem e possam dar continuidade às competências adquiridas e reabilitadas. Deve ser promovida nas pessoas com alteração do estado de saúde mental a autonomia e o respeito pelos seus direitos, atribuindo-lhes poder na sociedade, ou seja, como é mencionado por Monteiro

(2006) é fundamental a promoção da cidadania para este prosseguimento, que deve envolver a sua participação, e dos seus familiares/cuidadores, na identificação das necessidades, no planeamento de intervenções, assim como, na avaliação dos serviços. Para que tal seja possível, estas pessoas têm de ser considerados parceiros nos cuidados e os serviços têm de estar disponíveis e organizados para a sua participação; reconhecendo os seus direitos, dando-lhes oportunidades para se expressarem, manifestando as suas vontades, e adotando uma postura proactiva relativamente às suas vidas; promovendo o desenvolvimento de grupos de autoajuda, como forma de atribuição da autoridade e de representação dos seus interesses.

Nesta perspectiva de participação e de cidadania, Santos (2006) dá ênfase ao mencionar as prioridades concebidas na Conferência Europeia da Organização Mundial de Saúde, que teve lugar na Finlândia, em janeiro de 2005. Estas estão relacionadas com a compreensão da importância do bem-estar mental; da luta coletiva contra o estigma, da desigualdade e da relevância em ajudar as pessoas com alteração do estado de saúde mental e as suas famílias a participar ativamente neste processo; da implementação de programas de saúde mental integrados e eficazes, que visem a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a integração social; reconhecer as pessoas com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores como parceiros e peritos no cuidar, envolvendo-os na identificação das necessidades, no planeamento e na organização dos serviços de saúde mental. De acordo com a mesma fonte: *“a saúde mental da população é um dos determinantes centrais da saúde. Está na base dos comportamentos e dos estilos de vida das populações. É a saúde mental, como estado de bem-estar, que permite aos cidadãos uma realização intelectual e emocional, o fazer face ao stress normal da vida e do quotidiano”* (2006:12).

Deste modo, os problemas de saúde mental devido à sua transversalidade com os outros sectores devem ser considerados como um elemento indispensável na avaliação de impacto na saúde.

De acordo com o que foi descrito ao longo deste trabalho de projeto os cuidados de enfermagem em saúde mental comunitária, têm a comunidade como cliente.

Comunidade é citada por Townsend, segundo Langley, como *“ um grupo, população ou conjunto de pessoas com pelo menos uma característica comum, tal como a localização geográfica, ocupação, etnia ou preocupações com a saúde”* (2011:785).

Na prevenção primária o enfermeiro focaliza-se no reconhecimento de populações de risco, aumentando o seu *insight* e *empowerment* no lidar com o *stress*, visando a diminuição de ocorrências de perturbações mentais na população. Na prevenção secundária o enfermeiro foca-se na deteção precoce e intervenção imediata, nas pessoas que vivenciam sintomas de perturbações mentais, para serem encaminhadas e iniciarem um tratamento o mais rapidamente possível. Ao nível da prevenção terciária, o foco do trabalho do enfermeiro centra-se na prevenção das complicações e na promoção da reabilitação, com o objetivo, de alcançar a diminuição dos sintomas residuais decorrentes da doença mental crónica. Os enfermeiros na prestação de cuidados de saúde mental/psiquiátrica, ao nível da comunidade podem exercer funções ao nível básico ou ao nível avançado (especialista), de acordo com a sua formação académica e com a sua prática. Muitos enfermeiros trabalham como gestores de casos, em pessoas com alteração crónica do estado de saúde mental, com o objetivo de se certificarem que uma vasta diversidade de serviços esteja disponível, sempre que seja necessário. A ação destes enfermeiros foca-se, na promoção de atividades à pessoa portadora de patologia mental, de modo a aumentar a sua capacidade na resolução de problemas, na melhoria das competências laborais e sociais e tentando diminuir a dependência das outras pessoas, nomeadamente dos familiares/cuidadores (Townsend, 2011).

De acordo com a autora supracitada, a perturbação do estado de saúde mental grave, que inclui a patologia de esquizofrenia é *“caracterizada por uma perturbação funcional que interfere com a capacidade vocacional, cria sérias dificuldades interpessoais ou está associada a um plano ou tentativa de suicídio”* (2011:793). A maioria destas pessoas vive com os seus familiares/cuidadores, e encontra-se numa situação de dependência destes. Por isso, os planos de cuidados a nível dos serviços locais, assim como os programas de política nacional, deviam contemplar as pessoas portadoras de patologia mental e seus familiares/cuidadores e considera-los como parceiros nos cuidados.

O presidente George W. Bush, em 2002, constituiu a *New Freedom Commission on Mental Health*, esta comissão tinha a seu cargo a função de realizar um estudo exaustivo sobre o sistema de prestação de cuidados de saúde mental nos EUA. Este estudo contemplava a identificação de necessidades não satisfeitas, as barreiras aos serviços e ainda incluía recomendações visando a melhoria dos serviços.

Em 2003 esta comissão identificou cinco barreiras:

*“fragmentação e lacunas no cuidado das crianças: fragmentações e lacunas no cuidado de adultos com doença mental grave; taxa elevada de desemprego e incapacidade para pessoas com doença mental grave; os adultos mais velhos com doença mental não estão a receber cuidados e a saúde mental e a prevenção não são ainda prioridades nacionais”* (Townsend, 2011).

Esta comissão planeou os serviços fundamentais para a reforma de saúde mental, com os seguintes cuidados:

*“os americanos vão entender que a saúde mental é essencial para a saúde em geral; o cuidado de saúde mental vai ser orientado para o consumidor e para a família; as disparidades no serviço de saúde mental vão ser eliminadas; o rastreio precoce de saúde mental, apreciação e encaminhamento para serviços serão uma prática comum; vai ser prestado um excelente cuidado de saúde mental e as pesquisas vão ser aceleradas; a tecnologia vai ser utilizada para aceder ao cuidado de saúde mental e à informação”* (Townsend, 2011: 796).

Segundo a mesma autora, muitos chefes de enfermagem olham para esta etapa de reforma dos cuidados de saúde como uma possibilidade para os enfermeiros difundirem as suas funções e adotarem um posicionamento fulcral na prevenção, avaliação e encaminhamento. A ANA (1992) defendeu a gestão de casos, como uma metodologia eficaz para a prestação de cuidados às pessoas que estavam na comunidade e que requeriam cuidados de longa duração, e que os enfermeiros eram os profissionais qualificados para os efetuarem.

Foram criadas várias alternativas de tratamento, sendo que uma é definida pela *National alliance for the Mentally III* (NAMI): o Tratamento Comunitário Assertivo (ACT), que representa uma forma de prestação de trabalho, que faculta um serviço alargado (tratamento, reabilitação e serviços de apoio), às pessoas com alteração do estado de saúde mental crónica, na comunidade e que inclui uma equipa multidisciplinar. A equipa do ACT funciona 365 dias por ano e 24H por dia. Os cuidados podem ser prestados no domicílio, ou em qualquer local onde a pessoa precise dos cuidados desta equipa. Tem como objetivos prioritários a diminuição dos sintomas decorrentes da doença mental, a diminuição da sobrecarga do familiar/cuidador, a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, de modo a poderem ser mais autónomos no seu meio. Foram realizados alguns estudos que comprovaram, que as pessoas com alteração crónica do estado de saúde mental, que usufruíram dos serviços ACT, diminuíram o número de reinternamentos, tendo estado mais assintomáticos e mais ativos a nível social e laboral (NAMI, 2007).

De acordo com Townsend outra das alternativas de tratamento centra-se no cuidado dos cuidadores, aos quais devido à gravidade e duração da situação de doença do familiar, são causados sentimentos de *stress*, de depressão e muitas vezes de raiva, desencadeando comportamentos desajustados e conflitos familiares. As intervenções de enfermagem vão no sentido de saber o que o cuidador sabe sobre a doença, sobre os recursos existentes na comunidade, encorajar estes a expressarem os seus sentimentos e a participarem em grupos de apoio ou de psicoeducação (2011).

Segundo Mari (1998) e McFarlane (2003), vários estudos têm revelado que o ambiente social e emocional no seio das famílias está visivelmente correlacionado com as recaídas, nomeadamente na esquizofrenia.

Deste modo a modificação ao nível das relações emocionais conjuntamente com a utilização da medicação, pode ter um efeito complementar na prevenção de recaídas. Neste âmbito Brown et al., (1962, 1972), desenvolveram o construto “Emoção Expressa”, que desempenhou um papel importante no progresso evolutivo das intervenções psieducacionais dirigidas às famílias.

Porém a preocupação de intervir nas famílias remonta aos anos 50. Desde esta década que existem estudos internacionais, acerca das intervenções terapêuticas nas famílias de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente psicose, tendo estes aumentado na década de setenta (Barroso et al., 2007). Assim nos últimos 25 anos têm sido desenvolvidas intervenções efetivas de suporte familiar (Fallon, 1985; Leff et al., 1990).

De acordo com Mueser et al., (2003) o objetivo das intervenções psicoeducativas é verificar-se um progresso no futuro do doente e da família. Nesta perspetiva para Gonçalves Pereira et al., psicoeducação é:

*“um conjunto de abordagens orientados por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado”* (2006:2).

Citado por McFarlane (2003), a abordagem psicoeducativa, no consenso patrocinado pela World Schizophrenia Fellowship, em 1998, expressa-se em dois objetivos essenciais: 1 – alcançar os melhores resultados médicos e funcionais para a pessoa com alteração do estado de saúde mental, através de intervenções que incluam a colaboração entre profissionais de saúde, famílias e pessoas com alteração do estado de saúde mental; 2

– atenuar o sofrimento dos familiares/cuidadores, auxiliando-os nos seus esforços para promover a reabilitação do seu familiar.

Para Gonçalves-Pereira/Sampaio (2011) e Dixon/Lehman, (1995) psicoeducação familiar compreende o trabalho com as famílias na transmissão de saberes acerca da doença mental, de modo a poder aumentar as competências destas na redução dos níveis de *stress*, no ambiente familiar e melhorar o funcionamento psicossocial da pessoa com alteração do estado de saúde mental, assim como, o bem-estar da família, para que isto seja possível é de extrema importância o envolvimento ativo das famílias.

Os programas pioneiros ao nível da intervenção familiar foram de Goldstein (1978) e Haas et al., (1988), os quais apresentaram resultados positivos. Nestes programas a família era olhada como parte da solução. A orientação seguia uma linha comportamental, educacional e focalizada para a aquisição de conhecimentos, onde os familiares/cuidadores eram apoiados a desenvolver estratégias de *coping*, no sentido de lidar melhor com o familiar doente.

Leff et al. (1982) implementou um programa de intervenção que incluía psicoeducação e informação acerca da doença. Este programa era constituído por três partes; educativa, grupo de intervenção familiar e terapia familiar. Este foi elaborado devido à correlação entre o índice de emoção expressa e a descompensação na pessoa portadora de esquizofrenia. Aborda a esquizofrenia como uma doença biológica e suporta-se nos pressupostos do modelo de “*vulnerabilidade-stress*”, para esclarecer as recaídas. O programa supracitado começa com uma componente de educação, acerca da doença aos familiares/cuidadores e às pessoas com alteração do estado de saúde mental. Posteriormente inclui sessões de terapia familiar no domicílio. Os objetivos deste programa são a melhoria da comunicação, desenvolvimento de competências na resolução de conflitos, diminuindo o criticismo. O modelo envolve sessões educativas a grupos de famílias com foco na educação e no desenvolvimento de competências para lidar com a doença. Os grupos reúnem-se quinzenalmente sem a presença do doente, com o objetivo de dar suporte e treinar a resolução de problemas, são um dos componentes particulares deste modelo (Leff, 1994; Murray-Swank/Dixon, 2004).

Vários autores investigaram acerca desta temática, entre os quais Falloon et al., 1981 (em Inglaterra) e Liberman et al., 1981 (nos Estados Unidos). Os quais realizaram estudos sistemáticos de terapia multifamiliar (envolvendo a família, isoladamente), conjuntamente com o treino sistemático de aptidões sociais para os doentes, tanto em

Inglaterra (Fallon et al., 1981), como nos Estados Unidos (Liberman et al., 1981), tendo os resultados sido muito prometedores. Citado por Gonçalves Pereira et al., (2007) o encontro em Inglaterra, entre os referidos autores foi preponderante para a criação da Terapia Familiar Comportamental (TFC).

Relativamente ao modelo adotado por Fallon et al., (1993), este segue a linha comportamental, cujo principal objetivo é preparar os familiares/cuidadores e as pessoas com alteração do estado de saúde mental, para alcancem uma diminuição real do *stress* no ambiente familiar. Por isso é fundamental que a família pretenda trabalhar conjuntamente, de forma positiva, para que assim se possam alcançar os objetivos delimitados (Gonçalves Pereira et al., 2007). Este modelo, após a avaliação das necessidades da família (que podem sofrer alterações), propõe a realização de um planeamento por módulos: intervenção psicoeducativa, prevenção de recaídas, treino de comunicação e de resolução de problemas, gestão de crise e fase final, em que se faz a preparação do fim do processo (Fallon et al., 1993). As sessões devem ser realizadas no domicílio. No entanto, se a família optar ir aos serviços, pode fazê-lo. O modelo em questão pressupõe uma duração de três meses, se tiver uma periodicidade semanal e seis meses, com uma periodicidade quinzenal, com um número de 10 a 12 sessões. Porém, esta programação é flexível, deve ser sempre adaptada às necessidades dos familiares/cuidadores. O primeiro módulo é destinado à **psicoeducação**.

Magliano (2008) diz-nos que vários estudos europeus contribuíram para definir as necessidades e estratégias de *coping* dos familiares/cuidadores, dando lugar à prática efetiva e à formulação de políticas e colaboração bem-sucedidas entre profissionais de saúde mental e familiares/cuidadores. A maioria destes estudos sobre sobrecarga familiar tem tido por base as doenças de psicose e demências.

A nível Europeu existe um estudo que explorou especificamente a sobrecarga familiar e estratégias de *coping*, em 236 cuidadores de pessoas com esquizofrenia, em 5 países europeus (Itália, Reino Unido, Grécia, Alemanha e Portugal), que decorreu entre 1994-1997, dentro do quadro do programa BIOMED I, da União Europeia. Neste estudo os fatores sociais sobressaíram como sendo muito relevantes e estando relacionados com o *coping* e com a sobrecarga. Magliano et al., (1998) alude que a sobrecarga tem sido estudada em relação com as redes sociais dos cuidadores. Estes têm revelado que elevado suporte social prático, assim como, a participação em grupos de ajuda mútua e programas psicoeducacionais, estão associados a estratégias efetivas de *coping* e à diminuição do

*stress* familiar. O familiar/cuidador que tem uma rede de suporte social possui uma maior proteção contra o *stress*, é mais eficiente na capacidade de gerir os episódios de crise dos seus familiares, o que conduz a uma diminuição das taxas de hospitalização (Brugha et al., 1993).

De acordo com a mesma fonte, os familiares/cuidadores reportam que lhes falta informação sobre a doença mental e que não são reconhecidos como parceiros no cuidar pelos profissionais de saúde.

Estas intervenções constam dos seguintes objetivos: 1-proporcionar à família informação acerca da doença e do seu tratamento; 2- melhorar os padrões de comunicação dentro da família; 3-aumentar a capacidade da família para a resolução de problemas; 4-melhorar as estratégias de *coping* dos familiares e incentivar o envolvimento dos familiares/cuidadores nas atividades sociais.

Como podemos constatar, pela literatura existente e pelos estudos analisados, as intervenções familiares diferem no formato, na estrutura, na duração, na intensidade do tratamento e no contexto. Em relação ao formato podem ser, grupos multifamiliares ou unifamiliar (só para familiares ou modelos mistos); quanto à estrutura podem incluir ou não o doente; e, quanto ao contexto podem ser no hospital ou no domicílio. Com as intervenções familiares o que se pretende é um envolvimento da família visando a reabilitação, a recuperação do familiar com alteração do estado de saúde mental, de modo a diminuir o número de reinternamentos e de recaídas (McFarlane et al., (2003). De acordo com Gonçalves-Pereira et al., (2006) as Intervenções Familiares na Esquizofrenia podem dividir-se em: Intervenções a grupos de familiares (IGF), Intervenções com uma família (IUF) e Intervenções com grupos multifamiliares (IGMF). Estas caracterizam-se do seguinte modo:

**IGF-** destinam-se a grupos de familiares, sem a presença da pessoa com alteração do estado de saúde mental. Estas podem incluir informação sobre o quadro clínico, a importância da adesão à medicação, a etiologia, o prognóstico, a legislação de saúde mental, podendo incluir nalguns casos abordagens ao treino de comunicação ou resolução de problemas. Estas intervenções vão ao encontro das necessidades dos familiares e podem reduzir os níveis de sobrecarga. No entanto as baixas taxas de adesão ou a dificuldade no recrutamento, poderão ser uma dificuldade à sua viabilidade. Como evidencia Fadden et al. (1998), as taxas de adesão mencionadas na literatura são habitualmente menores que 50%.



As intervenções com grupos de familiares, integrando a pessoa com alteração do estado de saúde mental, são intervenções que contemplam sessões para toda a família. Estas são as únicas, com efetividade documentada no percurso terapêutico da esquizofrenia, com boa relação custo-benefício. Obedecem a vários princípios (Fadden, et al. 1998): adoção de um modelo de “*vulnerabilidade-stress*” para a esquizofrenia, como complemento à medicação; estabelecimento de uma aliança terapêutica com a família, em que a pessoa com alteração do estado de saúde mental está presente na maioria das sessões, (estas realizam-se de preferência no domicílio); é destacada a educação da família; a orientação cognitivo-comportamental, com abordagem nos procedimentos diários; o treino de comunicação, possibilitando maior expressividade e um discurso construtivo; o treino de resolução de problemas; a aprendizagem de estratégias de *coping* e diminuição do *stress*, que melhora a relação no seio familiar; o desenvolvimento de redes de suporte social formal e informal para toda a família e sustentação de expectativas práticas para as famílias e para a pessoa com alteração do estado de saúde mental; estas intervenções mantêm-se durante um tempo significativo ou estão associadas a uma situação de continuidade de cuidados. Incluem ingredientes adequados para a prevenção de recaídas.

As **IUF** são as intervenções familiares, que incluem a pessoa com alteração do estado de saúde mental, em que o trabalho terapêutico se centraliza em cada família, isoladamente. Estas intervenções destacam-se por evidenciarem apenas pontos importantes em relação a alguns modelos.

Em relação às **IGMF** trabalha-se com várias famílias ao mesmo tempo e inclui-se sempre a pessoa com alteração do estado de saúde mental (McFarlane et al., 1995). Este modelo de intervenção está validado e tem sido aplicado em várias zonas dos Estados Unidos. O objetivo destas intervenções é a abordagem de assuntos relacionados com o isolamento social, o estigma e a sobrecarga psicológica e financeira, promovendo a criação de um fórum de ajuda mútua, ou seja o grupo de famílias (Gonçalves Pereira et al., 2006). Com a duração mínima de 9 meses (McFarlane, 2002).

Estudos	Procedimento	Resultados fundamentais
<i>Goldstein et al., (1978)</i>	<i>Sessões semanais (6) de orientação para a crise, educação e compreensão da doença e planeamento do futuro.</i>	Diminuição na percentagem de recaída a 6 meses nos grupos familiares que intervíram na intervenção.
<i>Hogarty et al., (1986, 1991)</i>	<i>Sessões de educação, debate, comunicação e treino de resolução de problemas durante 2 anos.</i>	Redução significativa a nível de recaída a 1 e 2 anos.
<i>Stam/Cuijpers (2001)</i> <i>(Países Baixos)</i>	<i>Grupos de psicoeducação a famílias.</i>	Diminuição donburn-out dos familiares e diminuição de sobrecarga objetiva.
<i>McFarlane et al., (1995)</i>	<i>Grupos psicoeducacionais multifamiliares.</i>	Diminuição notável das recaídas no grupo que participaram na intervenção.
<i>Vallina Fernández et al., (1999)</i> <i>(Espanha)</i>	<i>Programa psicoeducativo e comportamental com grupos multifamiliares, incluindo o doente</i>	Melhoria considerável dos procedidos familiares e clínicos.
<i>Magliano et al., (2005)</i> <i>(Itália, Inglaterra, Grécia, Alemanha, Portugal e Espanha)</i>	<i>Terapia familiar comportamental, individual</i>	Melhoria nos procedidos clínicos e funcionamento social com redução da sobrecarga familiar, a nível objetivo, como subjetivo e melhoria na aplicação de estratégias comunicacionais e de coping.

No quadro exposto, faz-se alusão a alguns estudos que serviam de padrões de referência acerca de psicoeducação familiar (Adaptado de Dixon/Lehman, 1995).

As intervenções psicoeducacionais usadas nestes estudos eram análogas entre si, dando ênfase a determinados fatores, como: a informação às famílias, a comunicação intrafamiliar ou o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas, para lidar com as dificuldades que as famílias defrontam no seu dia-a-dia (Fadden, 2006).

Existe unanimidade na preferência da participação direta das pessoas com alteração do estado de saúde mental nas Intervenções Familiares (IF). De acordo com

McFarlane et al., (2003) para se atingir o nível de eficácia as IF requerem uma abordagem entre 9 a 12 meses. Nesta conjectura, e segundo a mesma fonte, as IF reduzem com eficácia as taxas de recaída psicótica ao longo do tratamento e até um *follow-up* de 15 meses (Gonçalves Pereira, et al., 2006). A prática das IF em complementaridade com a medicação pode diminuir, a um ano, aproximadamente quatro vezes a taxa de recaída. Estas podem reduzir entre 20 a 50%, em dois anos, comparativamente com o tratamento clássico, individual não associado com as IF (Fadden, 1998).

Segundo Gonçalves Pereira et al., (2006), as IF em relação às pessoas portadoras de esquizofrenia, aliadas à terapêutica farmacológica, para além de promoverem um prolongamento nos períodos de remissão, também têm um efeito favorável no prognóstico da doença. As IF no âmbito comportamental e de resolução de problemas têm revelado efeitos reconfortantes ao nível da remissão de sintomas residuais, na esquizofrenia. No entanto, é uma área ainda numa fase inicial. As dúvidas com que os familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia e o próprio se deparam, podem persistir durante toda a vida. Os serviços devem estar disponíveis e atentos para as necessidades destes, no seu dia-a-dia. No entanto, a escolha das diferentes IF depende do contexto (internamento, ambulatório, centros de saúde); da necessidade do serviço e do enquadramento dentro da equipa; da formação dos técnicos; da motivação da família; da patologia e das características da família e do serviço (Gonçalves Pereira et al., 2006). De acordo com a mesma fonte, no tratamento da esquizofrenia, as expectativas dos resultados das IF, têm-se centrado em medidas de recuperação funcional e ultrapassado o controlo sintomatológico.

Citado por Mari (1998), Lehman e Steinwachs e coinvestigadores do projeto “*Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*” (PORT), (1998), procuraram desenvolver e divulgar recomendações para o tratamento de esquizofrenia, ancorados em evidência científica vigente. Após efetuarem revisões de literatura, indicaram algumas recomendações de tratamento para os familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, em contacto frequente com estes, devendo-lhes ser oferecidas intervenções psicossociais, com a duração de pelo menos 9 meses. Estas intervenções devem incluir educação sobre a doença, apoio familiar, intervenção na crise e treino de competências na resolução de problemas. No entanto, se a intervenção familiar abordar uma vertente apenas educativa pode ter a duração entre 3 a 6 meses. Caso a duração da intervenção seja de 3 meses, as sessões devem ser semanais (de 60 a 90 minutos). Por último, se a duração desta for de 6 meses, as sessões deverão ser quinzenais.

Desde 1980, diversos estudos controlados e aleatórios têm testado a eficácia das intervenções familiares psicoeducativas nos resultados clínicos em pessoas portadoras de esquizofrenia. Estas têm manifestado efeitos positivos nas recaídas, na diminuição de reinternamentos, assim como, na melhoria da adesão à medicação (Piling et al., 2002). Vão, de seguida, ser descritos alguns destes estudos.

Mari (1998) após realizar uma revisão sistemática da literatura para analisar estudos sobre a eficácia e a efetividade da intervenção familiar (na diminuição de ocorrências de incidentes de recaídas em pessoas portadoras de esquizofrenia), afirma, relativamente à primeira, que com o tempo tem-se verificado uma diminuição no número de recaídas. Este autor refere que as intervenções familiares possam ser um tratamento eficaz, para quem apresente uma boa receptividade a esta intervenção. Em relação à efetividade, os resultados da metanálise demonstraram uma boa efetividade para quem foi acompanhado durante nove e dezoito meses, nestas intervenções.

Chien et al. (2005) avaliaram a efetividade de um grupo de suporte mútuo para familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, em comparação com um grupo de psicoeducação e ainda com serviços de apoio familiar de rotina em Hong Kong. Narram que existem evidências de que a intervenção familiar reduz as recaídas e os reinternamentos, satisfaz as necessidades de saúde das famílias e aumenta as suas competências no cuidar do familiar doente.

Um estudo realizado na Tailândia, por Worakul et al., (2007), cujo objetivo foi estudar os efeitos do programa psicoeducacional no conhecimento e atitude em cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia. Os participantes responderam a um dia do programa psicoeducacional executado por uma equipa de psiquiatras do Departamento de Psiquiatria, Chulalongkorn Memorial Hospital. O programa psicoeducacional foi composto por uma sessão didática sobre esquizofrenia, discussão em grupo e o desenvolvimento de competências de comunicação. Os participantes foram avaliados ao nível do conhecimento e atitude, antes e depois do programa. As pontuações médias de atitude do conhecimento, antes e depois do programa foram comparadas usando o “teste t” pareado. No estudo participaram noventa e um cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia. Os resultados mostraram que os valores médios de conhecimento e atitude antes do programa foram 6,06 (DP=1,86) e 37,57 (DP=6,46) e após o programa foram 6,91 (DP=3,35), e 29,37 (DP=15,79), respetivamente. Os resultados sobre o conhecimento e a atitude dos cuidadores, antes e depois do programa foram estatisticamente diferentes. Os participantes

avaliaram o programa como interessante e muito útil. Através deste estudo, os autores concluíram que o programa psicoeducacional sobre a esquizofrenia aumentou o conhecimento e moldou a atitude dos cuidadores.

Estes resultados são corroborados por um outro estudo, realizado no Irão, por Navidian et al. (2012), cujo objetivo foi avaliar a eficácia de um programa psicoeducacional em familiares cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia e em pessoas com transtorno de humor. Foi realizado em 100 cuidadores. Cinquenta eram cuidadores de familiares portadores de esquizofrenia e cinquenta eram cuidadores de familiares com transtorno de humor. Foram selecionados e distribuídos aleatoriamente para qualquer intervenção de um grupo psicoeducacional (dirigido por um enfermeiro) ou de cuidados de rotina. Os cuidadores foram acompanhados por um período de 3 meses, com 4 sessões semanais, com a duração de 120 minutos. A sobrecarga do cuidador foi avaliada através da escala “Zarit Burden Interview”.

Os autores concluíram que a sobrecarga diminuiu significativamente no grupo que participou no programa psicoeducacional. Os escores médios da escala de sobrecarga do cuidador Zarit diminuiu, enquanto os escores do grupo de controlo não se alterou significativamente. Este programa de intervenção de grupo foi eficaz para a população iraniana estudada, reduzindo a sobrecarga do cuidador em ambas as categorias de transtorno mental.

De acordo com Reis (2004) estudaram-se diferentes programas de intervenção familiar, todos com a mesma intenção, a redução no número de recaídas e a diminuição do número de reinternamentos. Por outro lado, as competências dos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental beneficiariam se lhes fosse oferecido mais suporte social, mais informação sobre a doença, conhecimento de estratégias de *coping* (Reis, 2004; Barroso et al. e Gonçalves Pereira et al., 2007).

Como já foi referido nas últimas duas décadas têm sido realizadas diversas revisões sistemáticas e metanálises em relação à evidência científica da efetividade destas intervenções, mas nem sempre com resultados consensuais (Pilling et al., 2002). Segundo Dixone /Lehman (1995), citado por Guedes (2008) a evidência científica é ainda muito pouca, mas aponta no sentido de produzir um resultado salutar sobre o bem-estar das famílias, mas apenas visível a longo prazo, e por isso não mensurável através de metodologias mais comuns de avaliação.

Relativamente ao custo-benefício acerca da implementação destas intervenções psicoterapêuticas, segundo Bustillo et al. (2001) apesar de na implementação destas intervenções envolver inicialmente alguns custos, os estudos revelam, de modo consistente, uma boa relação custo-benefício, devido à redução dos tempos de internamento e ao menor número destes, assim como, à diminuição de situações de crise.

Relativamente aos custos destas IF, Gonçalves Pereira et al., menciona que os estudos económicos disponíveis são metodologicamente imperfeitos, com pequena amplitude estatística, mas globalmente benéficos (2006).

Em Portugal, desde 1996, existem alusões a trabalhos de investigação, relativamente ao interesse pelas IF, na análise das consequências da doença mental na família. Nem todos os familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia terão indicação para este tipo de intervenções, mas deverão ser olhados como proponentes e com direito a delas desfrutar. A esquizofrenia é uma patologia muito incapacitante, atingindo tanto a pessoa com esquizofrenia, como os seus familiares/cuidadores, transportando um elevado custo para a sociedade. Em Portugal as equipas de psiquiatria e de saúde mental que desenvolvem um trabalho estruturado com famílias de pessoas com alteração grave do estado de saúde mental, encontram-se em número muito reduzido. As práticas que se registam, com carácter muitas vezes transitório, dependem mais do interesse pessoal ou académico e da boa vontade de alguns profissionais, sendo raramente integradas em objetivos traçados pelos próprios serviços. (Gonçalves Pereira et al., 2006).

Relativamente ao Programa Nacional de Formação – Psicoeducação para famílias, no âmbito do CIR, (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2011) já foram realizados 21 cursos de formação, assim como sessões de *follow-up*, nos quais já participaram mais de 600 profissionais dos serviços públicos de saúde mental e de IPSS de todas as regiões de Portugal. De acordo com a mesma fonte, constatarem através de atividades de monitorização, que o programa acima mencionado contribuiu para a implementação de melhores procedimentos no cuidar de pessoas com alteração do estado de saúde mental. Por outro lado, este programa também deu origem, por parte dos serviços à apresentação de projetos inovadores na área da saúde mental.

#### 4. A FAMÍLIA COMO CUIDADORA

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005:171), a família é um grupo com particularidades específicas:

*“grupo de seres vivos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”.*

Citado por Hanson, segundo Winstead-Fry (1993), *“a família pode ser considerada a unidade de cuidados, ou pode ser vista como um grupo que influencia as escolhas de estilos de vida, e que pode prevenir a doença dos seus membros”* (2005:330).

O conceito de família apresentado pela OMS (1994) coloca a tónica no eixo relacional, sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais. Assim, o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, sendo a família considerada o grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e num destino comum. Segundo Rice (2004), família significa um grupo de indivíduos que vivem juntos ou em íntimo contacto, que fornece cuidados de apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem, assim como uns aos outros. A unidade familiar é tudo aquilo que o utente a considera ser e pode ser vista como suporte para o crescimento e mudanças que ocorrem na vida dos seus membros, desde que nascem até que morrem. Devido à evolução dos tempos foram surgindo diversos conceitos de família. Ao definir-se o tipo de família o que se pretende é esclarecer a sua composição, estrutura e modo de funcionamento a fim de compreender os problemas eventuais com que a família em questão se depara, as suas vulnerabilidades e potencialidades.

Segundo Bomar (1996), baseando-se na tipologia executada por Goldenberg & Goldenberg (1985), classificou-as como podendo ser:

- ✓ *Díade nuclear*: casal sem filhos;
- ✓ *Família nuclear*: refere-se ao casal com filhos, nomeadamente ao conjunto de membros de uma mesma família, contendo os dois pais e o (s) filho (s), vivendo sob o mesmo teto e com um conjunto de atividades e objetivos comuns;
- ✓ *Família bi-nuclear*: fundada por duas famílias pós-divorciadas com filhos de ambas;

- ✓ *Família alargada ou extensa*: família nuclear com parentes de sangue. Caracterizam-se pela presença de várias gerações;
- ✓ *Família reconstituída*: casal e filho (s) de relações anteriores;
- ✓ *Família monoparental*: um progenitor e filho (s);
- ✓ *Família comunitária*: grupo de homens, mulheres e filhos. Neste tipo de famílias, dilui-se a unidade familiar;
- ✓ *Família de coabitação*: homem (s) e mulher (es) solteiros partilhando uma casa;
- ✓ *Família homossexual*: casal do mesmo género;
- ✓ *Família celibatária*: uma pessoa que não estabeleceu casamento ou união, e que vive sozinha numa casa;
- ✓ *Família unipessoal*: uma pessoa a viver sozinha numa casa.

Segundo Minuchin/Fishman (1984), existem, ainda, outros tipos de família, nomeadamente:

- ✓ *Família pas de deux*: constituída apenas por dois elementos;
- ✓ *Família com suporte*: com prole extensa e, conseqüentemente, filhos em várias etapas do processo de desenvolvimento individual (crianças pequenas e adolescentes);
- ✓ *Família acordeão*: ausência de um dos cônjuges por períodos de tempo prolongados;
- ✓ *Família flutuante*: mudanças constantes de domicílio ou até de composição familiar;
- ✓ *Família hospedeira*: trata-se de famílias com colocação temporária de um elemento (por exemplo uma criança);
- ✓ *Família com fantasma*: nestas famílias, verifica-se o desaparecimento de um elemento importante;
- ✓ *Família descontrolada*: são famílias em que um membro tem problemas de comportamento;
- ✓ *Família psicossomática*: são famílias aglutinadas, com ênfase nos cuidados de saúde ou papel educativo;
- ✓ *Família adotiva*: esta família nasce com a chegada da (s) criança (s) adotada (s).



Segundo Relvas/Alcatrão (2002), seja qual for o tipo de família, todas se organizam através de uma estrutura de relações, onde se definem papéis e funções, conforme as expectativas sociais.

Vaughan-Cole et al. (1998) acrescentam que na família existe para além de uma história de preocupações e de cuidado, o potencial para um compromisso duradouro de cuidar. Esta ideia é reiterada na “Saúde 21” onde o conceito de família é relacionado com o de domicílio e é identificado como a unidade básica da sociedade. Assim o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde (Hennessy/Gladin, 2006).

Como referido anteriormente e segundo a OMS (2002), verificou-se, na segunda metade do século XX (década de 70), um movimento de desinstitucionalização de pessoas com alteração do estado de saúde mental, passando a família a ser a responsável pelos cuidados aos mesmos. Nomeadamente nos países do sul da Europa, sendo Portugal um deles, a família mantém-se como rede de suporte natural e muitas pessoas com alteração do estado de saúde mental moram com um ou mais familiares diretos (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Felizmente com o avanço da terapêutica farmacológica, foi possível estas pessoas viverem junto das suas famílias e assim poder-se proceder ao encerramento gradual das instituições psiquiátricas.

De facto, segundo Cordo:

*“na China, na atualidade, cerca de 95% das pessoas portadoras de doença mental vivem em famílias, existindo, na comunidade, intervenções de treino de aptidões, terapia vocacional, treino de gestão de medicação, etc. Acrescenta-se, ainda, que a reabilitação psiquiátrica só se desenvolveu ( entre os chineses) nos últimos 20 anos, o que significou uma reestruturação significativa a nível dos serviços”* (2003:44).

Com o exemplo da China, podemos verificar que não basta reabilitar a pessoa portadora de patologia mental para a comunidade, mas também preparar a comunidade para a receber, sendo esta a base sobre a qual as instituições (públicas e privadas) devem funcionar, como recursos complementares, uma vez que esta desinstitucionalização pode ocorrer com e para a família, mas também sem a família, para estruturas residenciais alternativas.

Gonçalves Pereira/Caldas de Almeida (1999); Magliano et al. (2000) e Brito (2004) explicam que com a desinstitucionalização, a responsabilidade dos cuidados às pessoas com alteração do estado de saúde mental passou a incidir sobre as famílias, na sua

grande maioria sem qualquer preparação, abarcando um grande esforço (Brito, 2004 e Torry, 2006). Disto resulta a sobrecarga familiar, quer na vertente subjetiva, que está relacionada com o desgaste emocional, sentimentos de impotência, angústia e insegurança, relativamente ao cuidar do seu familiar, como em relação ao futuro deste; quer na vertente objetiva, que está relacionada com as tarefas que estas pessoas com alteração do estado de saúde mental necessitam (Maurin/Boyd, 1990; Loukissa, 1995; Barroso et al., 2007). Esta elevada sobrecarga dos familiares/cuidadores pode precipitar nestes o aparecimento de alterações psiquiátricas, em que os transtornos depressivos são os mais frequentes (McGilloway et al., 1997 e Barroso et al., 2007). Muitas famílias sofrem em silêncio. Para além do sofrimento e da dificuldade nos cuidados, encontram-se nas fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte. Rara é a família que é poupada de um encontro com perturbações mentais. Uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em determinada fase da vida (Phaneuf, 2005).

Mencionado Coelho et al., (2004), a pouca informação que os familiares tinham sobre a doença fazia com que não identificassem os “sintomas negativos” próprios da doença, atribuindo-os antes a características da personalidade do doente, levando à intolerância e conflitos entre os cuidadores e a pessoa com alteração do estado de saúde mental, conduzindo a um aumento do índice de emoções expressas e, conseqüentemente, a um aumento de comportamentos desajustados, por parte da pessoa com alteração do estado de saúde mental, levando a um maior número de recaídas e de internamentos.

O aparecimento de uma doença não só afeta a segurança familiar, como intimida a privacidade de cada elemento dessa família, podendo levar a alterações da organização familiar e das relações de poder no seio desta família (Marau, 1996). Assim, como referido por Sequeira (2010) cuidar de um familiar emerge em muitas situações de forma inesperada, para a qual frequentemente não se tem preparação prévia, nem se encontra prevenido. Há evidência que um dos fatores importantes no prognóstico das doenças mentais, nomeadamente a esquizofrenia, está relacionado com o ambiente familiar e com o tipo de relações entre os familiares mais próximos (Mari, 1998).

Desde 1950 diversas pesquisas internacionais têm investigado a prática dos familiares que cuidam de pessoas com alteração do estado de saúde mental, pesquisas estas que aumentaram a partir da década de setenta (Rose, 1996).

Tornar-se cuidador de uma pessoa portadora de patologia mental, exige a estes a transposição das suas necessidades e desejos, para um plano secundário e que a sua vida seja pensada e reorganizada de acordo com as necessidades do familiar doente (Zanetti, 2007). A iniciação no papel de cuidador familiar, raramente resulta de um processo consciente e de livre escolha. O cuidador enfrenta diariamente desafios inesperados e sofre perdas de controlo pessoal, que vão ter repercussões na sua saúde física e emocional, principalmente quando o cuidado se torna prolongado no tempo (Mata et al., 2012).

No entanto, parece existir um certo padrão que incide nos seguintes fatores: parentesco (com predomínio dos cônjuges, seguindo-se algum filho), género (mais incidente no feminino), proximidade física (com quem coabitam), proximidade afetiva (evidenciando-se a relação conjugal e a parental), (Mendes, 1998). Neste processo de transição, pode-se verificar a existência de determinados fatores, que podem agir como facilitadores ou obstáculos neste processo. Dentro destes, temos os fatores pessoais (significado que se atribui aos acontecimentos que levaram à mudança, atitudes e crenças culturais; estatuto socioeconómico; preparação e conhecimento) e os fatores comunitários (recursos comunitários e sociais).

Hanson (2005) narra que inicialmente os enfermeiros e outros profissionais de saúde mental culpabilizavam as famílias, pelo aparecimento de alteração no estado de saúde mental. A mãe era muitas vezes culpada, pela educação desadequada que tinha dado aos seus filhos, julgava-se nessa altura que essa poderia ser uma das causas de distúrbio mental. Atualmente devido à evolução científica sobre o funcionamento do cérebro, e tendo em consideração os fatores bio-psico-sociais-culturais e familiares, que influenciam o comportamento humano, conduziu a que os profissionais de saúde mental criassem uma relação com os familiares/cuidadores. Esta é uma relação de parceria nos cuidados.

Neste contexto, os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados de saúde, dispõem de uma posição única para diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a pessoa com alteração do estado de saúde mental e sua família no domicílio, constituindo esta abordagem a prática holística efetuada pelos enfermeiros (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). Para além do que foi mencionado, Cordo (2003) salienta que para além do diagnóstico, o planeamento e os objetivos dos programas de reabilitação só se podem enunciar com base numa apropriada avaliação funcional da família a ser reabilitada, tanto na sua vertente objetiva (qualidade de vida) como na sua vertente subjetiva (necessidades/satisfação do indivíduo e família com as suas vidas).

Através desta avaliação, o envolvimento do profissional com a família tornar-se-á personalizado, levando a um planeamento mais adequado, cujos objetivos promovam uma melhoria na qualidade de vida, através da promoção da cidadania da pessoa com alteração do estado de saúde mental e família, do *empowerment*, da liberdade para tomar decisões e de controlar as suas próprias vidas, adaptando uma atitude proactiva. A evidência de múltiplos estudos revela que o adequado envolvimento dos familiares/cuidadores é facilitador no processo terapêutico e de reabilitação do seu familiar (Hanson, 2005 e Barroso et al., 2007).

Para que a família consiga lidar melhor com a doença no seu quotidiano e diminuir os efeitos ligados à sobrecarga, é essencial o apoio que os profissionais podem fornecer a nível das intervenções familiares, de modo a que os familiares/cuidadores adquiram competências para o seu desempenho como parceiros nos cuidados. Estas intervenções baseiam-se ao nível da informação, da educação, da psicoeducação, da consultoria, do aconselhamento e de psicoterapia (Gonçalves Pereira et al., 2006 e SPESM, 2010). Esta ideia é reforçada por Cordo (2003) ao referir que a ação reabilitadora deve ter, na sua génese, programas de educação estruturados ao nível técnico (equipas multidisciplinares), familiar e da própria pessoa com alteração do estado de saúde mental, os quais irão reduzir a probabilidade de ocorrência de sobrecarga, conduzindo a um baixo índice de emoções expressas e, assim, a uma melhoria da qualidade de vida.

O ciclo de saúde e de doença da família é constituído por várias fases, assim como: *“1-promoção da saúde familiar e redução do risco; 2-vulnerabilidade familiar e aparecimento da recaída da doença; 3-avaliação da família sobre a doença; 4-resposta aguda da família; 5-adaptação à doença e recuperação”* (Hanson, 2005:23).

Estas fases correspondem aos esforços da família para diminuir os riscos da doença, lidar com a etapa inaugural da patologia, e adaptar-se à morte ou à cronicidade da doença. Dentro destas áreas o foco do enfermeiro situa-se na promoção da saúde, na redução do risco na família, na vulnerabilidade da família e no aparecimento da doença. Esta fase abrange vivências anteriores ou agudizações de doenças crónicas. São estas situações que levam os familiares a procurar ajuda dos profissionais de saúde.

Nesta fase a intervenção do enfermeiro é crucial, no sentido de desenvolver competências ao nível de estratégias de *coping*, para lidar com o familiar doente, que pode ser a nível individual ou inserido num grupo de apoio. A terceira fase compete aos enfermeiros de família. A quarta fase ocorre durante a altura da crise. É importante o

enfermeiro intervir num momento de crise, apoiando os familiares a vencê-la. Neste período, as famílias vivem alguma instabilidade emocional, o que causa desorganização no seio familiar. A quinta fase diz respeito à adaptação da família à doença, devendo o enfermeiro focalizar-se na ajuda aos familiares, de modo a que estes promovam a recuperação dos seus familiares doentes, consigam o seu bem-estar no cuidar do outro e ainda sejam capazes de realizar outras atividades familiares. Como já mencionado ao longo deste trabalho os familiares/cuidadores são nossos parceiros nos cuidados, pelo que a sua informação acerca das suas necessidades é fundamental, para que o enfermeiro possa aplicar o processo de enfermagem.

O enfermeiro deve operar como mediador no sentido de a família se adaptar às mudanças, facilitando a comunicação, promovendo ou aumentando o *insight* e o *empowerment*, de modo a que estes desfrutem de comportamentos mais assertivos, reduzindo a tensão no seu papel de cuidador e se tornem agentes ativos na melhoria da qualidade de vida na família (Bomar, 1996; Vaughn-Cole et al., 1998).

De acordo com Hanson (2005), os enfermeiros de saúde mental ao planearem as intervenções com a família utilizam princípios terapêuticos resultantes de algumas teorias, como: A Teoria de Sistemas de Família de Bowen; a Teoria Estrutural da Família; a Teoria Contextual da Família; a Teoria da Comunicação e a Visão Múltipla de Sistemas. Para além das teorias enumeradas podem ser utilizados os modelos Conceptuais de Enfermagem: Modelo de Avaliação da Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar; Modelo Familiar de Calgary; Modelo de Resiliência ao Stress, Ajuste e adaptação da Família e Modelos Combinados.

A enfermagem de saúde mental centrada na família usa três tipos de teorias: as teorias da ciência social da família, da terapia familiar e os modelos e teorias de enfermagem. Na primeira teoria citada, a população alvo são essencialmente famílias não problemáticas, a segunda destina-se sobretudo a famílias problemáticas e a terceira a famílias com problemas de saúde e de doença.

Além do que foi descrito existem muitos fatores de risco para a saúde mental, nomeadamente baixo estatuto socioeconómico e género feminino, violência e consumo de drogas. O sistema cultural de uma família pode afetar a sua perceção, acerca da sua responsabilidade, relacionado com o cuidar de um familiar com alteração do estado de saúde mental. A colaboração entre os membros da comunidade, os profissionais de saúde

mental e consumidores de cuidados é fulcral, devendo-se ter em conta os fatores de risco específicos para cada população, a nível da promoção e da reabilitação (Hanson, 2005).

Cordo refere ainda que *“a grande arte do reabilitador se encontra em: informar sem iludir, apoiar sem proteger, sugerir sem “ameaçar”, estar presente sem se deixar ver”* (2003:47). Ao ter em conta estes princípios, facilmente o reabilitador obtém o consentimento informado e prévio, aplicado, nestes casos, à reabilitação psiquiátrica. No domínio da reabilitação psiquiátrica, assim como em outras áreas de saúde, o que valida o consentimento é a informação suficiente, devendo este ser obtido através da informação e teste de entendimento conseguido por parte do reabilitando, para que, assim, se consiga um consentimento sólido.

Ao falarmos de consentimento informado, somos levados a pensar na ética dos cuidados de saúde e dos cuidados à família da pessoa portadora de doença mental. *“Não falamos em ética por ser moda, mas sim pelo que a ética garante, pelo que respeita, pelo que exige (pelo que nos obriga a garantir, a respeitar e a exigir de nós próprios e das nossas equipas)”* (Cordo, 2003:51).

O papel do familiar/cuidador engloba cuidados de antecipação, prevenção, supervisão, básicos e de proteção global do doente. Todas estas ações podem tornar-se fatores de tensões e de instabilidade pessoal e familiar. Indubitavelmente o cuidador esquece-se de si, descuidando a sua saúde entrando num ciclo vicioso em que este se torna também consumidor de cuidados, diminuindo gradualmente a sua qualidade de vida (SPESM, 2010). Mas existem redes sociais de apoio, as quais servem de estratégias e que os cuidadores podem recorrer, como forma de colmatar este desgaste ao nível emocional, psicológico e afetivo, podendo estas ser formais (instituições estatais, serviços de apoio domiciliários, centros de dia e de convívio) ou informais (outros familiares, vizinhos, os amigos e outras pessoas significativas). Desta forma, atinge-se uma complementaridade entre o ambiente de confiança que a pessoa portadora de doença mental conhece e os profissionais de saúde e instituições que acompanham o mesmo, Paúl (1997), citado por SPESM (2010). O mesmo autor menciona que:

*“a interdependência entre a saúde da família, enquanto unidade funcional e a saúde dos seus membros, pressupõe que a intervenção familiar será tanto mais eficaz quanto maior o ênfase no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados. Os conceitos de indivíduo, família e sociedade evidenciam a reciprocidade e interdependência entre os elementos que estruturam as conceções e as práticas da intervenção familiar, enquanto domínio dos cuidados de Enfermagem. Neste paradigma, seja qual for o nível de abordagem familiar, os princípios que*

*regem a intervenção devem assumir a circularidade, a neutralidade e a hipotetização como elementos centrais de uma prática colaborativa e multidimensional” (2010:108).*

A utilização sistemática, planeada e dinâmica do processo de enfermagem, permite a identificação, compreensão e descrição de como as famílias respondem aos problemas de saúde, assim como determinar que aspetos dessas respostas necessitam de cuidados de enfermagem, (SPESM, 2010).

Citado por SPESM, segundo Packman (1996):

*“o enfermeiro assume-se como observador-participante, resultando num processo co-evolutivo, em que este é visto como catalisador da mudança, não observando e descrevendo o sistema como externo ao mesmo, mas antes participando na sua co-construção enquanto participante” (2010:114).*

## **5. O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR**

Esta temática tem sido abordada ao longo de todo o trabalho, de forma pontual. Agora irá centrar-se, numa perspetiva teórica (de Jean Watson, entre outros). Para isso, começar-se-á por descrever o que é ciência para depois relacionar esta com o conceito subjacente ao ato de cuidar.

Ciência é um método de descoberta e de busca dos significados ocultos na natureza e na vida (Watson, 2002). Esta autora vê a enfermagem *“como uma ciência humana e de cuidar como ideal moral, dinâmica (...) envolvendo o tempo e o espaço”* (2002:15).

Collière (1999) destaca a necessidade da profissão de enfermagem de reencontrar o sentido original dos cuidados de modo a articular a natureza dos cuidados de enfermagem com o progresso vigente do mundo atual. A autora revela a importância de delinear um sentido a tudo o que contribui para mobilizar, desenvolver a vida, tudo o que faz viver frente ao que é obstáculo à vida, sabendo diferenciar os limites próprios a cada situação. Torna-se indispensável que os enfermeiros desenvolvam competências comunicacionais, com as quais garantam a utilização eficaz da comunicação terapêutica, atendendo às necessidades de cada pessoa/família e contribuindo, assim, para uma melhor prática de enfermagem, porque *“cuidar implica obrigatoriamente comunicar”* (SPESM, 2010:121), exigindo dos profissionais uma constante postura tecno-política que mobilize e envolva a comunidade.

Cuidar de alguém caracteriza a expressão da sua humanidade dentro da própria humanidade, ou seja, o cuidado da sua presença no mundo, tendo em vista contribuir, modestamente, do lugar que ocupa, para um universo mais cuidador, para uma atmosfera mais humana, mais rica e mais extensa (Hesbeen, 2000). Engloba um compromisso moral que se direciona para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade, transcendendo o ato específico de um enfermeiro como ser individual e produzindo atos coletivos de enfermagem, para a implementação de um cuidar progressivamente mais abrangente (Watson, 2002).

Cuidar é um fenómeno social universal, que só é eficaz se praticado interpessoalmente “*cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências*” (Watson, 2002:55).

Nesta perspetiva, cuidar do outro requer o cuidado holístico, o qual promove o humanismo, a saúde e a qualidade de vida do doente.

Cuidar é mais que uma obra comum mas única, uma arte cujo resultado para uma pessoa só pode ser o fruto do encontro subtil entre diferentes competências, todas úteis, a seu tempo, ao processo empreendido (Hesbeen, 2000).

Watson, indica que através do cuidar transpessoal e das transações do cuidar, o enfermeiro pode iniciar um relacionamento pessoal, intenso e subjetivo com a outra pessoa, abraçando e partilhando a dor do outro. Através deste cuidar o enfermeiro permite ao outro meditar acerca da sua mágoa, medos, conflitos, perceções e experiências. A própria pessoa remete para si os seus sentimentos, e “olha-os” à luz da sua experiência de vida. Deve ser respeitada a privacidade de cada um, assim como o tempo, de modo que este processo seja possível. Com este processo de cuidar, pretende-se que o outro reflita sobre o que lhe está a causar sofrimento, e que esta meditação seja agente de mudança e de crescimento, para a pessoa. O cuidar interpessoal permite ao enfermeiro uma reflexão sobre os seus próprios sentimentos e perceções, conduzindo-o a um desenvolvimento e amadurecimento do eu, tornando-o mais consciente de si próprio (2002).

A mesma teórica reflete que a ação artística da enfermagem e do cuidar é baseada na competência de uma pessoa acolher manifestações de emoções de alguém, e de as vivenciar (2002). É desta forma que se deve cuidar da pessoa com alteração do estado de saúde mental e de seus familiares/cuidadores, transmitindo respeito pelas suas vivências e crenças culturais. É através do saber teórico do enfermeiro especialista de saúde mental, do conhecimento prático dos familiares/cuidadores, assim como das suas necessidades, que se



deve elaborar o plano de cuidados. Este cuidar permite aumentar a união dos familiares/cuidadores e o seu envolvimento, auto responsabilizando-os pela saúde/doença. Para projetar e alcançar uma mudança é essencial que estes acreditem que têm potencial em si para o fazerem.

Segundo o Programa Nacional de Formação em Saúde Mental Comunitária, Cuidados Integrados e Recuperação (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009), a intervenção do enfermeiro especialista de saúde mental é fulcral na transmissão de esperança, a estas pessoas. Trata-se de um desafio de saúde pública, pois pretende ter mais em conta a pessoa com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores com vista a uma melhor saúde da população.

De acordo com Peplau (1992), uma das tarefas mais importantes da vida é o auto conhecimento. Deste modo, cada pessoa transforma-se à medida que vai conquistando esse autoconhecimento. Esta teórica alude a que o enfermeiro deve ajudar o outro a pensar e a reconhecer os seus problemas, assim como, a reconhecer a sua necessidade de ajuda. Também faz parte das competências do enfermeiro, o apoio na exploração de sentimentos do outro, de modo a que este vivencie a doença como fonte de crescimento. Neste sentido, o enfermeiro, como cuidador, conduz a pessoa a um desenvolvimento pessoal. O desenvolvimento desta competência também produz efeito no próprio enfermeiro.

## **6. RECURSOS DA COMUNIDADE**

Ao longo destes últimos anos, a nível da saúde mental avançou-se muito na criação de estruturas alternativas, mas há ainda muito a fazer, no sentido de aumentar a autonomia das pessoas com alteração do estado de saúde mental e dos seus familiares/cuidadores na defesa dos seus interesses, na participação das decisões, no planeamento e na avaliação dos serviços. Só com o envolvimento de todos se pode estabelecer um plano de intervenção. Esta ótica orienta-nos para um conceito muito utilizado atualmente: *empowerment*.

*Empowerment* pode ser descrito como: “um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico,

*sociocultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.”* (Pinto, 1998, cit. por Carmo, 1999:160).

Tem como objetivo solidificar os direitos e a participação de grupos, pessoas ou populações submetidos a injustiça e exclusão. É urgente reformular as estratégias, através de uma abordagem de *empowerment*, “*esta abordagem, procura o fortalecimento das pessoas através de organização de interajuda, nas quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas em vez de as controlar.*” (Rappaport, 1990:144).

Para que se possa verificar esse apoio às pessoas com alteração do estado de saúde mental ou os seus familiares/cuidadores, estes têm de formular as suas necessidades e solicitar o seu pedido. Segundo Hess (1984, cit. por Carmo, 1999) qualquer tipo de intervenção inicia-se com a expressão de um pedido do sistema-cliente (ou de quem o desempenhe), que se exprime com a manifestação de uma necessidade social, que surge pela consciencialização de um determinado problema. É da responsabilidade de ambas as partes identificar o problema, dialogando com o sistema-cliente, passando-se depois à fase de negociação. Nesta fase ambas as partes negociam as funções, que cabem a cada um, para a resolução do problema. Porém para que isto seja possível tem de haver o envolvimento ativo do sujeito/utente, promovendo a sua capacidade de autonomia. No entanto, como educadores, por vezes, é necessário refletir acerca do modo como nos posicionamos em relação a estes nossos parceiros (Graves - Resende, 1999). Intervir na realidade é difícil, mudar atitudes e comportamentos não é fácil, mas é possível. Esta mudança conduz à produção de novos saberes, de novos conhecimentos.

De acordo com Bilro (2004:198) “*as instituições que integradas ou não no Sistema Nacional de Saúde podem fazer parte da rede de articulação de cuidados*”. Estes parceiros sociais podem ter duas origens:

- Instituições públicas ou administrações privadas. Neste grupo estão compreendidos os centros de saúde e os hospitais;
- Instituições privadas, que usualmente são organizações privadas sem fins lucrativos, nas quais estão incluídas as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), as Sociedades Culturais e Recreativas, grupos de Voluntariado, geralmente de cariz cristão. Estas têm tido um papel preponderante no apoio a pessoas idosas, aos doentes, assim como aos seus familiares, na prestação de cuidados no domicílio (Bilro, 2004).

Cordo (2003) especifica, à luz do Despacho Conjunto n.º 407/1998, o cariz específico de alguns equipamentos de apoio à pessoa com alteração do estado de saúde mental e sua família, na comunidade, sendo eles:

- Unidades de Vida Apoiada: dirigidas a cerca de vinte residentes, requerentes de apoio nas suas atividades de vida diária e não necessitados de intervenção médica frequente;
- Unidades de Vida Protegida: formadas para cerca de cinco a sete residentes adultos, onde se promove o treino de autonomia. Destinam-se a pessoas portadoras de doença psiquiátrica grave e de evolução crónica, medicamente estáveis, com capacidade de reabilitação e ausência de residência alternativa;
- Unidades de Vida Autónoma: com capacidade para cinco a sete residentes, portadores de doença psiquiátrica grave, crónica e estabilizada, com capacidade de autonomia, inexistência de outra alternativa residencial (à semelhança das anteriores) e aptidão de integração em programas de formação, emprego protegido, emprego apoiado ou mercado aberto de trabalho;
- Fóruns Sócio-Ocupacionais: de pequenas dimensões, preparados para pessoas com doença/deficiência mental, transitória ou permanente, e que visam desenvolver a reinserção sociofamiliar e/ou profissional (nomeadamente em programas de formação ou emprego protegido);
- Unidades de Apoio Integrado: com capacidade máxima para 30 residentes, onde se prestam, temporariamente, cuidados a pessoas que não podem permanecer no domicílio e não necessitam de internamento hospitalar. O trabalho promovido nestas estruturas tem como objetivo a criação de competências facilitadoras de reintegração sociofamiliar das pessoas portadoras de doença mental.

Num dos concelhos da margem sul identificamos as associações/organizações que apoiam a pessoa com alteração do estado de saúde mental e sua família. Não são instituições com uma filosofia direcionada para a doença mental, mas indiretamente podem apoiar estas pessoas/famíliares a nível de centro de dia, prestação de cuidados no domicílio e distribuição de refeições.

### Grupos de ajuda Mútua e Associações

O papel dos grupos de ajuda mútua é impar e inigualável para os familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental. Estes grupos são estruturas relativamente pequenas (6 a 15 elementos) constituídos por pessoas que partilham um problema ou uma situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade. Estes grupos fornecem informação sobre a doença mental e estratégias de coping. O que distingue estes grupos de outros é o facto de serem liderados pelos seus próprios membros (Carmo, 2000, cit. por Maia et al., 2007). Um dos objetivos importantes do grupo é a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências.

Segundo Cordo (2003), as reuniões destes grupos devem ser em dias e horas fixos e em locais de fácil acesso, devendo-se promover um ambiente de confiança, de compreensão, não crítico e reforçar positivamente os avanços diários, permitindo que todos os elementos que queiram participar o possam fazer. Após o término destas reuniões é importante que os seus elementos se sintam um pouco melhor.

## PARTE II: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A escolha estratégica para o desenvolvimento deste trabalho de projeto assentou numa metodologia de projeto. Esta permite a transição do desejo à intenção e desta à ação, mas uma ação refletida, esclarecida e planeada (Botelho, 1994). Porém, o delineamento do método que está subentendido no projeto é apenas uma ferramenta de trabalho que não é de modo algum único, absoluto ou definitivo. Pode ser alterado caso se encontrem novos resultados que se aplicam melhor ao processo. Segundo Leite et al., (1991) para cada grupo, para cada projeto, o planeamento da metodologia será aquele que na prática se mostrou como possível na busca de respostas pela moderação de meios, rigor e estética, entre outros. Esta metodologia centraliza-se na resolução de problemas, originando uma dinâmica integradora entre a teoria e a prática. Segundo os autores acima mencionados, não existem limites entre o saber-fazer, mas *“um movimento onde a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática”* (1991:77). A teoria suporta o empirismo, estrutura e aprofunda o saber, por outro lado a prática humaniza e socializa esse saber. Deste modo o aprendiz tem de estar realmente envolvido neste processo, para que a aprendizagem deste seja efetiva. Esta aprendizagem denomina-se “aprender a aprender”.

Do ponto de vista epistemológico, o **Trabalho de Projeto**, pode ser descrito como um tipo de metodologia que vai ao encontro das inquietações e que se poderá caracterizar por:

- Se situar numa linha próxima da antropologia social;
- Estar informado pelo “discurso da possibilidade” de intervenção;
- Se aplicar ideológica e socialmente;
- Pressupor a interação teórico/prática;
- Ser frequentemente transdisciplinar ou disciplinar;
- Recorrer predominantemente a metodologias quantitativas;
- Assumir a implicação dos atores sociais que o desenvolvem;
- Apostar no trabalho realizado (Giroux, 1986, citado por Cortesão, 1991).

Uma das características mais importantes do **Trabalho de Projeto** é o papel do estudante no processo de aprendizagem. O trabalho está centrado no estudante porque é ele quem escolhe o tema para o qual deve ter uma forte motivação, é ele que o vai desenvolver, investigar e apresentar o produto final.

O diagnóstico da situação é a primeira fase na execução da metodologia do projeto, na colheita de dados e na respetiva análise. O instrumento de colheita de dados escolhido será o que mais se adequa à população em questão. Com esta fase pretende-se identificar e conhecer as necessidades de saúde que estão alteradas.

## PROBLEMÁTICA

**Definição do problema:** Identificar as necessidades dos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, especificamente esquizofrenia, inscritos na Unidade de Intervenção Comunitária (UIC) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da margem sul.

### Os objetivos:

- Identificar as pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente com esquizofrenia, inscritos na UIC e na UCSP da margem sul;
- Conhecer as necessidades dos familiares/cuidadores, destas pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia;
- Desenvolver competências nestes familiares que vão ao encontro das suas necessidades.

### Fundamentação do problema

O ser humano deve manter o equilíbrio físico e mental “*corpo e mente são inseparáveis*” (Hendersson, 1991, cit. por Tomey/Alligood, 2004:115). A função do enfermeiro é apoiar as pessoas doentes ou saudáveis a adquirir a sua independência. O ser humano poderá ser capaz de manter a sua saúde se tiver a força, a vontade ou o conhecimento essenciais a tal. Por vezes, falta este conhecimento, aos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, relativamente ao modo de como lidar com o familiar doente (SPESM, 2010), causando sentimentos de angústia, com aparecimento de problemas psicológicos, que podem desencadear consequências na saúde física e mental (Dessy, 2009). Principalmente a associação entre a saúde física dos cuidadores e os níveis de ansiedade e de depressão (Gonçalves Pereira, 2010), devendo-se promover a inclusão social (resultado de um conjunto de condições e valores que procuram que as pessoas com alteração do estado de saúde mental tenham as mesmas oportunidades profissionais e sociais como qualquer outro cidadão), assim como, o apoio ao familiar/cuidador.

Os cuidados de saúde primários têm um papel importantíssimo no controlo e tratamento de pessoas com alteração do estado de saúde mental, possibilitando a um grande número de pessoas, ter um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, proporcionando melhores cuidados (DGS, 2002).

Como profissionais de saúde numa unidade de cuidados de saúde personalizados e estudantes de mestrado na área da saúde mental, vivenciamos uma inquietação, acerca das pessoas com alteração do estado de saúde mental inscritas na UCSP da margem sul, que estão no domicílio, e dos seus familiares/cuidadores.

No âmbito do mestrado foi realizado estágio na UIC, da margem sul. Esta unidade de saúde tem como base de trabalho, um modelo proactivo, em contexto comunitário e trabalha em articulação com o ACES da margem sul, da qual fazem parte várias unidades de saúde, inclusive a UCSP, na qual exercemos funções.

Na UIC da margem sul, o enfermeiro responsável, assim como a restante equipa, acompanham diariamente pessoas com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores, através da: consulta de enfermagem; visitação domiciliária e na área de dia, com o Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório (PRISMA). Na área de dia, dois técnicos organizam quinzenalmente uma reunião com as famílias, das pessoas que frequentam este programa. Nesta reunião, estes familiares partilham no grupo os seus problemas, receios e vivências. Promovendo-se a comportamentos mais assertivos, no cuidar do familiar com alteração do estado de saúde mental, através da adoção de estratégias de *coping* e da partilha conjunta. É de extrema importância a replicação deste tipo de intervenções em contexto comunitário, como por exemplo nas UCSP.

Ao longo do estágio, constatamos, algumas necessidades através dos familiares/cuidadores que acompanhavam as pessoas com alteração do estado de saúde mental à consulta de enfermagem, assim como: falta de apoio; reduzida informação/conhecimentos acerca da patologia; dificuldade em detetar e atuar em situação de crise; necessidade de conhecer os recursos da comunidade; entre outros. Estas necessidades vão ao encontro do que é descrito na literatura vigente.

Nestas consultas de enfermagem, estabelecemos uma relação terapêutica com as pessoas com alteração do estado de saúde mental, assim como com os seus familiares/cuidadores, proporcionando-se um ambiente seguro, no sentido de conhecer as suas necessidades, saber qual o impacto que a doença mental tinha naquelas famílias.

Vivenciamos nesta consulta algumas situações com as quais houve algumas dificuldades em lidar, optamos por escutar e depois partilhar com os enfermeiros do serviço. Esta partilha, proporcionou-nos a autorreflexão, permitindo um crescimento e amadurecimento do *self*.

Voltando de novo à inquietação referida anteriormente, no sentido de delinear um projeto. Foi efetuada pesquisa na base de dados da UIC, às pessoas portadoras de patologia mental que pertenciam à área geográfica da UCSP. Simultaneamente foi feita uma pesquisa na base de dados da UCSP às mesmas. Tendo-se verificado que algumas pessoas não estavam inscritas nesta unidade. Cerca de 50% das pessoas pesquisadas estavam inscritas nas duas unidades, outros eram seguidos em médico particular e outros vão pontualmente ao médico de família.

Após a pesquisa, constatamos que 40% destas pessoas com alteração do estado de saúde mental, que estavam a ser acompanhadas na UIC e inscritas na UCSP eram portadoras de esquizofrenia. Assim, surgiu como objetivo conhecer as necessidades dos familiares/cuidadores, destas pessoas e qual a sua perceção relativamente à doença do seu familiar. O enfermeiro para prestar cuidados de enfermagem utiliza o processo de enfermagem, sendo necessária uma análise, um diagnóstico, a identificação dos resultados, o planeamento, a implementação e a avaliação continua. É da competência do enfermeiro realizar análises constantes, com a finalidade de identificar e conhecer as necessidades da população, para prestar cuidados efetivos e holísticos (Townsend, 2011). O trabalho com os familiares/cuidadores para ser efetivo deve ser sempre iniciado com base nas necessidades destes (Gonçalves Pereira, 2010).

Por tudo o que foi referido, tornou-se urgente conhecer estes familiares para, de acordo com as suas necessidades, traçar um plano de intervenção. Muito embora o doente seja o alvo primeiro dos nossos cuidados, os seus familiares/cuidadores devem também ser nossos parceiros nos cuidados, pois, quanto maior for o envolvimento destes, melhor é a qualidade dos cuidados prestados (SPESM, 2010).

De acordo com o Código Deontológico (OE, 2009), o enfermeiro ao prestar cuidados deve olhar a pessoa como um ser holístico, incluído numa família e numa comunidade (Artº 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros); deve atuar com responsabilidade na sua área de proficiência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos relacionados com a área de



competência de cada uma, assim como atuar em articulação e complementaridade com os demais profissionais de saúde (Artº 91 do Código Deontológico dos Enfermeiros).

O enfermeiro deve ajudar o outro a pensar e a reconhecer os seus problemas, assim como a sua necessidade de ajuda. Também é da competência do enfermeiro apoiar a exploração de sentimentos do outro, de modo a que este, vivencie a doença como fonte de crescimento, proporcionando-lhe um desenvolvimento pessoal. Este desenvolvimento parte de uma vontade do próprio, em se conhecer melhor, para poder assim ultrapassar algumas barreiras que são limitadoras, podendo deixá-lo inseguro. Cada um tem de se conhecer, saber os seus limites, questionar-se acerca deles e dar-lhes resposta. Esta resposta está em cada um de nós e não nos outros. Estar consciente disso já é estar desperto para o desenvolvimento pessoal e profissional, que conduzirá a uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Segundo Cordo *“enquanto reabilitadores, a nossa primeira ação tem sempre de ser a de começar por mudar as nossas próprias atitudes/convicções/mapas mentais”* (2003:50).

Durante a realização da entrevista e preenchimento dos questionários pelos familiares, apercebemo-nos que existem pessoas que nunca tiveram férias, nem vida própria, vivendo em função do familiar doente e sempre preocupadas com o futuro deste.

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiatria deve ser um perito, com competências para proceder à organização de intervenções psicoeducativas, visando a promoção de espaços de partilha, informação, para que as famílias desenvolvam competências no lidar com a doença dos seus familiares, diminuindo deste modo a alta emoção expressa (Townsend, 2011).

A SPESM refere que: *“os grupos para cuidadores informais, sejam predominantemente de apoio ou psicoeducativos, podem ser muito úteis na ajuda aos familiares do doente, sobretudo em áreas específicas, como o alívio da tensão ou o ganho de informação sobre a doença”* (2010:38).

Em consonância, a maioria das intervenções familiares (na esquizofrenia) têm atuado sobretudo na área de prevenção da doença. Realça-se o carácter de promoção de saúde, tanto da pessoa com alteração do estado de saúde mental como dos seus familiares, no sentido de prevenir recaídas, mas também de prevenir psicopatologia reativa aos familiares destes, com o intuito de melhorar o bem-estar de cada pessoa, assim como o funcionamento sistémico da família.

## 1. METODOLOGIA DIAGNÓSTICA

Dada a relevância que este capítulo tem em qualquer estudo iremos proceder à descrição da metodologia utilizada que deu corpo ao trabalho realizado.

Efetuamos a pesquisa bibliográfica para a construção de enquadramento teórico que acompanhou todo o trabalho, foi delimitado o problema e formulados os objetivos. Foram igualmente definidos os sujeitos do estudo, construído o instrumento de colheita de dados – entrevista estruturada, com questões abertas e aplicação do questionário: *Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação sobre a sobrecarga familiar* (Xavier, et al., 1997).

### CARATERIZAÇÃO DO TIPO DE ESTUDO

De acordo com a problemática definida, desenvolveu-se um estudo de carácter exploratório e descritivo, utilizando um método quantitativo e qualitativo, com análise de conteúdo.

Os estudos exploratórios permitem descobrir fenómenos ocultos ao nosso conhecimento e clarificar outros. Permitem também a observação e registo da incidência do fenómeno em estudo, com a finalidade de explorar as dimensões deste fenómeno e a forma como se manifesta, assim como os fatores com que se relaciona (Fortin, 1999).

De acordo com a mesma fonte, este tipo de estudo “(...) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torna-lo conhecido (...)” (Fortin, 1999:52). É transversal (quanto ao tempo) por ser realizado durante um período de tempo.

### PROCEDIMENTOS DA RECOLHA DE DADOS

A recolha dos dados para a realização deste estudo foi feita através de uma entrevista estruturada, com perguntas abertas, e de um questionário – Questionário De Problemas Familiares, versão Portuguesa de Xavier et al. (1997), aos familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia inscritos na UIC e na UCSP da margem sul. Para ter acesso a este questionário, foi feito um pedido formal via eletrónica ao Srº Prof. Miguel Xavier, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Foram realizadas três reuniões com o enfermeiro responsável pela UIC da margem sul. Assim, como uma reunião com a médica responsável pela UCSP da margem sul para dar conhecimento do projeto.

Tendo em conta as questões éticas elaboramos um pedido de autorização para aplicação do formulário da entrevista e do questionário, através de um ofício dirigido ao Srº Presidente do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar, da margem sul. O período de recolha decorreu nos períodos de 2 a 7 e de 16 a 21 de janeiro de 2012, de Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 17.00 horas. A duração das entrevistas e dos questionários foi em média de 40 minutos, por pessoa.

## CONTEXTO DO ESTUDO

Este estudo foi efetuado na UIC da margem sul aos familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia inscritos na UIC e na UCSP da margem sul.

## SUJEITOS DO ESTUDO

A população era constituída por 12 familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, inscritos na UIC e na UCSP da margem sul. Inicialmente o contacto com estes familiares foi telefónico, a dois deles não foi possível este contacto, por o número de telefone estar impedido. Houve uma recusa e um dos doentes estava institucionalizado.

A amostra é constituída por oito familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, tendo todos respondido à entrevista e ao questionário. Neste trabalho a amostra é não probabilística e intencional. Como critérios de exclusão, tivemos o facto de a pessoa com alteração do estado de saúde mental não estar no domicílio e ser portadora de outra patologia mental que não a esquizofrenia.

## INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Fortin:

*“a entrevista estruturada é utilizada principalmente nos estudos exploratórios, quando o entrevistador quer compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes. Este tipo de entrevista é um instrumento privilegiado no quadro de uma variedade de métodos de investigação qualitativa” (1999:238).*

A mesma autora refere que:

*“as questões abertas têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante. (...) as respostas às questões abertas tomam mais tempo e não são fáceis de codificar e de analisar. Os dados gerados pelas respostas de cada respondente, serão diferentes uns dos outros, o que os torna dificilmente comparáveis” (1999:248).*

As respostas escritas requerem que se escreva adequadamente. A população inquirida apresentou algumas dificuldades no preenchimento do guião da entrevista, as quais foram esclarecidas no momento, o que é facilitador na técnica da entrevista, pois existe oportunidade de uma maior clarificação, durante a comunicação estabelecida, entre o entrevistador e o entrevistado.

O guião da entrevista estruturada fomos nós que o elaboramos, utilizando como fundamentação o enquadramento conceptual através da experiência vivida, dos acontecimentos adquiridos ao longo da prática profissional e através da leitura de outros estudos realizados sobre a temática.

De acordo com Fortin, o questionário: “é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de maneira rigorosa” (1999:249).

Este instrumento não possibilita ir tão ao pormenor como a entrevista, mas possibilita um melhor controlo dos enviesamentos.

O questionário estruturado confina o inquirido às perguntas formuladas, sem que haja oportunidade de as mudar. As perguntas têm como objetivo a colheita de informação sobre factos, acontecimentos ou situações conhecidas dos inquiridos.

Neste trabalho, a colheita de informação foi realizada num único momento, tendo este sido dividido em duas fases: numa primeira fase aplicou-se a entrevista, seguida de uma segunda fase, da aplicação dos questionários aos familiares inquiridos.

A entrevista comporta as seguintes perguntas:

- O que sabe acerca da doença do seu familiar?
- Que comportamentos é que o seu familiar tem que se relacionam com a doença?
- Como familiar cuidador que tipo de apoio/os gostava de ter?

Com a aplicação destas questões aos familiares inquiridos, pretendíamos obter conhecimento do que estes sabiam acerca da alteração do estado de saúde do familiar, assim como, quais os comportamentos característicos do mesmo e que apoios gostariam de ter, sendo estas algumas das lacunas referenciadas na bibliografia pesquisada, mas que mais impacto têm no dia-a-dia dos familiares/cuidadores.

Seguida da entrevista, procedeu-se à aplicação do questionário, do qual fazem parte 44 questões, estando este dividido em duas partes:

- a primeira reporta-se à caracterização sociodemográfica dos familiares/cuidadores que constituem a amostra;

- a segunda parte consiste na aplicação do Questionário de Problemas Familiares, versão Portuguesa de Xavier et al. (1997), constituído por 29 questões obrigatórias, que dizem respeito às dimensões de repercussão da doença na família (interação familiar, rotina familiar, lazer, trabalho, saúde mental e física, rede social), necessidade de vigilância, apoio técnico-profissional, preocupação, estigma e sentimentos de culpa. Este questionário engloba, ainda, a avaliação do efeito que a doença mental poderá exercer sobre outros filhos e das limitações económicas diretas e indiretas. Cada questão é classificada utilizando-se uma escala tipo *Likert*, com quatro ou cinco escolhas possíveis de resposta. Os autores deste questionário definiram cinco dimensões, com base nos resultados de análise fatorial (com rotação oblíqua):

- sobrecarga objetiva (o impacto direto imposto pela doença mental de um indivíduo aos seus familiares, levando a modificações e limitações nas suas vidas). A numeração apresentada refere-se às perguntas do questionário:

- ✓ 7,8,9,10,11,12,13,14.

- sobrecarga subjetiva (conjunto de sentimentos consequentes da vivência intrapsíquica que o familiar tem das limitações decorrentes da sobrecarga objetiva):

- ✓ 15,16,17,18,19,20,21.

- ajuda recebida de profissionais e/ou rede social:

- ✓ 1,2,3,4,5,6,25.

- criticismo:

- ✓ 23,28,29.

- sessões adicionais:

- ✓ Sobrecarga nos outros filhos: 54,55.

- ✓ Custos diretos: 30,38,46.

- ✓ Custos indiretos: 56,57.

## RECOLHA DE DADOS

A todos os elementos da amostra explicamos o objetivo do trabalho, e pedida a colaboração dos mesmos, os quais aceitaram neste participar. Foram garantidos os princípios éticos, assim como, a confidencialidade e o direito à privacidade, para além de

que ter sido assegurado que os dados não seriam utilizados para outros fins que não o deste trabalho de projeto.

Obtivemos o consentimento informado por escrito, dos entrevistados para o preenchimento das entrevistas e dos questionários, bem como a autorização ao presidente do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar da margem sul.

A aplicação das entrevistas e do questionário foram realizadas num gabinete, na UIC da margem sul, num ambiente calmo, onde estávamos sozinhos com o familiar/cuidador. No entanto houve alguma dificuldade por parte destes, em responder apenas ao que era solicitado. Nestes casos, reforçava-mos novamente a questão em causa, trazendo-os de novo ao ponto fulcral da temática do trabalho de projeto.

Ao longo da entrevista coexistiram expressões e estados de humor diferentes, por parte dos familiares/cuidadores, sendo a tristeza o estado mais constante. Os mesmos referiam que essa tristeza não provinha do seu familiar com alteração do estado de saúde mental, mas antes de toda a sobrecarga que tal doença implicava.

## TRATAMENTO DOS DADOS

Neste trabalho de projeto, o tratamento dos dados foi realizado através de técnicas quantitativas e qualitativas. A análise dos resultados quantitativos foi efetuada com o auxílio do programa informático *Microsoft Office Excel*, cujas fórmulas permitiram determinar a média, o desvio padrão e a moda. Os dados obtidos através das perguntas abertas, da entrevista, foram submetidos a análise de conteúdo. Esta não é considerada como um método, mas como uma técnica de tratamento de informação.

A análise de conteúdo consiste: *“numa técnica de investigação que permite fazer uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objetivo a sua interpretação”* (Berelson, 1968, cit. por Carmo/Ferreira, 1998:251), e que, para além do *“conteúdo manifesto de comunicação”*, a análise de conteúdo passou a abranger *“todo o comportamento simbólico”*, passando a ser definida como *“uma técnica que permite fazer inferências, identificando objetiva e sistematicamente as características específicas da mensagem”* (Cartwright, 1953 e Stone, 1966, cit. por Carmo/Ferreira, 1998:251).

Posteriormente, Vala (1986:104) veio explicar que a análise de conteúdo é uma técnica que tem por finalidade efetuar inferências que permitem a passagem da descrição à interpretação.

Para pesquisar os conteúdos das entrevistas foi necessário elaborar um conjunto de regras, subdividindo conteúdo em unidades Carmo/Ferreira (1998:257), especificam estas unidades em três tipos: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração. Neste estudo o corpus de análise foi o conteúdo de oito entrevistas. Vala (1986:109) refere que *“se o material a analisar for produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe a analisar, então, o corpo da análise é constituído por todo esse material”*.

No presente trabalho, a unidade de contexto foi considerada a totalidade da entrevista, que está em consonância com o que é referido por Carmo/Ferreira (1998:257), ao explicarem a unidade de contexto como *“o segmento mais longo de conteúdo que o investigador considera quando caracteriza uma unidade de registo, sendo a unidade de registo o mais curto”*.

Unidade de registo pode ser definida como *“unidades de significação a codificar respondendo ao segmento de conteúdo a considerar como unidades de base, visando a categorização e a contagem frequencial”* (Bardin, 1991:104).

Procedemos à leitura intensiva das entrevistas, tendo sido analisadas até à exaustão todas as expressões, frases com sentido e que correspondiam aos objetivos do trabalho, isto é, a determinação das unidades de registo.

Seguidamente, efetuamos a enumeração das unidades de registo, para assim, podermos conhecer a sua importância a partir da frequência com que aparecem. Visto que, unidade de enumeração é a unidade em função da qual se procede à quantificação, o que corresponde ao número de vezes que a informação aparece, tal como é referido por Bardin (1991:109), *“a regularidade quantitativa da aparição é, portanto, aquilo que se considera significativo”*.

Neste estudo, depois de identificadas e agrupadas as unidades de registo, foram constituídas categorias, subcategorias e quantificada a sua frequência. Para Vala (1986:110) *“as categorias são elementos chave do código do analista”*.

## **2. RESUMO DOS DADOS**

Neste capítulo, dá-se a conhecer os dados obtidos com o presente trabalho, iniciando-se a abordagem pela caracterização sociodemográfica da amostra.

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Relativamente ao sexo, neste grupo de familiares/cuidadores, o que se encontra em maior percentagem, é o sexo feminino (correspondendo a 63% da amostra). O grupo etário mais representativo situa-se entre os 60-70 anos (correspondendo a 62% da amostra), seguido pelo grupo etário dos 50-60 anos (25% da amostra) e 13% da amostra corresponde ao grupo etário dos 80-90 anos. No que concerne ao estado civil, o grupo mais expressivo circunscreve-se aos casados (75%). Sendo outros dois dos inquiridos, um viúvo (13%) e o outro solteiro (12%). Em relação ao grau de parentesco com o doente, podemos constatar que 50% da amostra corresponde a mães, 23% reporta-se ao pai como cuidador e 12% diz respeito ao cônjuge e irmão. Relativamente ao grau de escolaridade da amostra, 50% desta corresponde ao 1º ciclo. Seguido de 37% da amostra com o 3º ciclo e 13% desta com o ensino secundário. Nesta amostra 75% apresenta uma situação laboral não ativa, estando no ativo apenas 25%. No que diz respeito ao contato diário com o doente, da população inquirida neste estudo, 24h/dia corresponde a uma percentagem de 62%. Em relação a 16h/dia e a 6h/dia com 13% simultaneamente e 12% referem-se a 2-3h/dia.

Neste capítulo vamos apresentar a análise qualitativa, através da análise de conteúdo das respostas dadas pelos inquiridos, às questões abertas da entrevista. As unidades de contexto criadas neste estudo tiveram como base a nomenclatura apresentada pela CIPE (versão 1.0).

Relativamente à questão “O que sabe da doença do seu familiar?”, as respostas foram agrupadas em dois campos de ação, com informação e sem informação acerca do diagnóstico. Podemos constatar que alguns familiares têm conhecimento do diagnóstico, mas quando questionados acerca do que consiste, não sabem especificar. Um dos familiares entrevistados não tem qualquer informação sobre a doença. Ao falarem deste assunto apresentavam um fôlego triste, uma atitude tímida e a voz era posicionada num tom mais baixo.

Como é mencionado pela OMS (2002), depois da desinstitucionalização, a responsabilidade dos cuidados diários, às pessoas com alteração do estado de saúde mental passou a recair sobre as famílias, que na grande maioria não têm qualquer preparação, incidindo sobre estas um enorme esforço e sofrimento físico e mental, vivenciando uma agitação de emoções negativas como angústias, medo e culpa (Gonçalves Pereira e Caldas de Almeida, 1999; Magliano et al., 2000 e Brito, 2004), em que a sobrecarga e o índice de



emoções expressas pode ser elevado, levando a recaídas e reinternamentos da pessoa com alteração do estado de saúde mental.

No que concerne à questão “Que comportamentos é que o seu familiar tem que se relacionam com a doença?”, os familiares inquiridos identificaram alguns sinais e sintomas da doença, tais como, “leitura de pensamentos”, “falta de concentração”, “ouvir vozes”, “isolamento, agressividade”. No entanto, quando se menciona que estes comportamentos estão relacionados com a doença estes ficam retraídos e verbalizam “não saber”, referindo que “estes comportamentos se repetem há muito tempo e que lhes causam grande sofrimento”. Todos os inquiridos mencionaram sintomas de esquizofrenia.

McFarlane et al., (2003) mencionam que, viver com uma patologia, como a esquizofrenia não é fácil tanto para quem a possui como para as suas famílias. Uma família com elevado índice de emoção expressa (é uma família que ao lidar com a pessoa com alteração do estado de saúde mental usa estratégias desadequadas e inflexíveis), verifica-se nestas situações um maior número de recaídas e de reinternamentos. Segundo Leff as emoções expressas: *“representam em essência, uma medida qualitativa das interações bipessoais, normalmente entre prestador de cuidados e paciente, centrando-se em certas componentes destas interações, nomeadamente a resposta crítica, a hostilidade, as observações construtivas e a cordialidade, e o superenvolvimento emocional”* (2000:176).

Assim, níveis elevados de respostas críticas ou de hostilidade, causam nas pessoas portadoras de esquizofrenia recidivas. Os familiares/cuidadores precisam de dedicar um tempo ao conhecimento dos aspetos da doença, para que possam compreender melhor o seu familiar, refletir acerca das suas atitudes, com o objetivo de diminuir os conflitos do dia-a-dia. Os familiares/cuidadores quanto mais informados estiverem acerca da doença, mais aptos estão a ajudar aquele que precisa.

Segundo (Gonçalves Pereira, 2010; Gonçalves Pereira/Mateos, 2006 e Sequeira, 2007), citado por SPESM (2010) a família é a unidade básica que promove a saúde, contudo a doença mental constitui um grande desafio ao equilíbrio mental. A patologia acima mencionada pode ter repercussões originando formas de sobrecarga familiar ou de outras dimensões, até positivas, da experiência de cuidar.

Na sociedade em que vivemos o principal objetivo, para além de informar, é apoiar os familiares/cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, aumentando a competência de quem presta cuidados, melhorando, assim, o tratamento de quem os

recebe, proporcionando um ambiente seguro que possibilite a pessoa portadora de esquizofrenia a ser mais independente, segura e controladora da sua doença.

Esta forma de encarar a esquizofrenia vai trazer benefícios para o familiar/cuidador, assim como para a pessoa que precisa de cuidados, aliviando o sofrimento e o impacto causados pela mesma e, sobretudo, melhorando a convivência e o ambiente familiar, ou seja, irá traduzir-se numa melhoria de qualidade de vida destas famílias.

Relativamente à questão “Como cuidador, que apoio gostaria de ter?”, para dar resposta às necessidades da amostra inquirida. Foram mencionadas diversas necessidades de apoio, nomeadamente em relação: a informação sobre a doença, apoio e vigilância médica e de enfermagem, alívio da tensão e da sobrecarga familiar, assim como do conhecimento da rede social existente. Salientaram também a importância do apoio económico.

Os familiares/cuidadores são nossos parceiros nos cuidados, no processo terapêutico, devendo estar em consonância com os profissionais de saúde. Assim sendo, é de extrema importância o apoio a estas pessoas. Este apoio deve intervir ao nível da formação dos cuidadores. A qual deve ser dirigida ao desenvolvimento de competências que facilitem o quotidiano destes cuidadores, no lidar diariamente com estas pessoas portadoras de esquizofrenia, de modo a diminuir as consequências físicas ligadas à sobrecarga.

A formação deve ser desenvolvida por uma equipa multidisciplinar e abranger um conjunto de intervenções terapêuticas que podem ser individuais ou de grupo. Estas podem ser de natureza psicoeducativas, tendo como componentes a informação acerca da doença e formas de tratamento; treino de competências de comunicação (expressão de sentimentos positivos e negativos, fazer pedidos de ajuda de forma positiva, assertiva, escuta ativa, entre outros); técnicas de resolução de problemas; gestão de problemas (medicação, prevenção de recaídas, ocupação) e apoio familiar continuado. De acordo com a SPESM, pretende-se: *“não só prevenir recaídas ou agudizações comportamentais, ou de prevenir psicopatologia reativa (para aqueles que têm saúde), mas de melhorar o bem-estar pessoal de cada um e o funcionamento sistémico da família”* (2010:39).

As intervenções psicoeducativas para as famílias têm sido sujeitas a variadíssimos estudos clínicos inspecionados. Os resultados têm demonstrado de forma consistente a importância destas na redução do número de internamentos, de recaídas, aconselhando

também as intervenções para melhorar o funcionamento psicossocial da pessoa com alteração do estado de saúde mental e o bem-estar da família (Fallon et al., 1987, 1999 e Dixon/Lehman, 1995).

No presente capítulo, para além de uma avaliação quantitativa dos dados obtidos através da aplicação do Questionário de Problemas Familiares, versão Portuguesa de Xavier et al., (1997), à amostra deste trabalho, iremos apresentar uma análise comparativa entre os dados obtidos nos dois trabalhos, de modo a se poder confirmar se os familiares inquiridos se encontram dentro do padrão apresentado por estes autores.

O índice global de “*sobrecarga objetiva*” foi de  $1,91 \pm 1,13$ , com pontuações mais elevadas nos itens relacionados com as limitações a nível das férias, dos problemas com o sono, dificuldade em sair ao fim de semana e nas limitações dos períodos de lazer. Os itens mencionados foram os mais pontuados, com uma moda de 2. Comparativamente com o estudo realizado por Xavier et al. (1997), os itens mais pontuados neste índice foram também relacionados com as limitações ao nível das férias e dos períodos de lazer. Neste índice global, dos oito itens existentes, seis são mais elevados neste trabalho, o que quer dizer que os familiares/cuidadores inquiridos estão a vivenciar uma grande ansiedade e sobrecarga.

Ao nível de “*sobrecarga subjetiva*” o valor do índice global foi de  $2,64 \pm 0,79$ , verificando-se as pontuações mais elevadas nos itens relacionados com a preocupação com o futuro dos familiares, o desapontamento pela evolução do doente, sentimentos de depressão e choro e a responsabilização do doente. Um item com um valor mais baixo relativamente aos mencionados anteriormente refere-se à sensação de esgotamento iminente. Os dois primeiros itens foram os mais pontuados com uma moda de 4, enquanto os dois itens seguintes tiveram uma moda de 3. No estudo piloto supramencionado, ao nível deste índice os itens com pontuação mais elevada coincidem com os encontrados no presente trabalho, a nível do desapontamento pela evolução do doente e da responsabilização deste pelos problemas familiares. Em relação à preocupação com o futuro dos familiares vai também ao encontro dos resultados conseguidos por Tessler/Gamache (2000); Barroso et al., (2007) e Palmeira (2009). Relativamente à sobrecarga subjetiva todos os itens deste trabalho têm pontuações mais elevadas em relação ao estudo piloto. Provavelmente as pessoas inquiridas estão a vivenciar

sentimentos muito intensos decorrentes da vivência intrapsíquica relacionada com estas limitações, apresentando um índice de emoções expressa provavelmente mais elevado.

Relativamente “à ajuda recebida” obtivemos um índice de  $1,86 \pm 0,69$ , em que as pontuações mais elevadas se verificam ao nível dos itens que compreendem a colaboração por profissionais de saúde, tendo um valor de 2,63 relativamente aos enfermeiros e 2,25 por parte dos médicos, com uma moda de 3 e 2 respetivamente. O item que se refere à informação dada por profissionais de saúde teve um valor médio de 2 e uma moda de 3. As pontuações mais elevadas coincidem com as do estudo piloto a nível dos itens que envolvem a ajuda prestada por parte dos enfermeiros e dos médicos.

Em relação às “*atitudes positivas*” conheceu-se um índice de  $1,87 \pm 0,70$ , sendo as pontuações mais elevadas ao nível dos itens que elogia a sensibilidades do doente e do elogio de qualidades do mesmo com um valor de 2,25 e 2 respetivamente, com uma moda de 2 em ambos os itens. Comparativamente ao estudo piloto, o item que elogia a sensibilidade do doente também é um dos mais pontuados.

Nestes dois índices “*ajuda recebida*” e “*atitudes positivas*” todos os itens são mais baixos do que os do estudo piloto. Provavelmente devido a uma menor dimensão da amostra do presente trabalho, comparativamente à do estudo piloto. Os elementos inquiridos, referem reconhecer qualidades na pessoa com patologia mental, tais como: “desenho surrealista” (Q1), “leitura” (Q2, Q4), “simpático” (Q3), “inteligente, restauro de têxteis” (Q5), “inteligente” (Q6), “educado, respeitador, fazer recados e pintar” (Q7), “cultura geral, aptidões informáticas” (Q8).

A dimensão “*criticismo*” revelou um índice de  $1,62 \pm 0,66$ , cujo valor foi o mais baixo de todas as outras dimensões analisadas, em que o valor mais elevado foi em relação ao extrair algo de positivo da situação, com uma moda de 2. O valor deste item que teve a pontuação mais baixa, foi relativamente à vontade de se separar do doente, facto este que também se verifica no estudo de Xavier et al., (1997). Neste índice todos os itens do presente trabalho têm pontuações mais elevadas que as do estudo piloto.

Os resultados deste trabalho de projeto vão ao encontro dos estudos de Magliano et al., (1998) e Barroso et al., (2007), os quais referem que o elevado grau de alterações duradouras na vida social conduz a elevada sobrecarga subjetiva, o que é confirmado pela literatura atual.

Através da análise qualitativa e quantitativa dos dados obtidos no presente trabalho, podemos constatar que estes familiares/cuidadores encontram-se em sobrecarga,

tanto subjetiva, como objetiva, para além de que a maioria destes tem informação apenas do diagnóstico do seu familiar. No entanto, relativamente à ajuda recebida, a pontuação dos itens “ajuda recebida por parte dos enfermeiros, médicos e informação dada pelos profissionais de saúde” é elevada, sendo esta uma das lacunas sentidas pelos familiares/cuidadores. Também noutros estudos se verifica esta realidade, nomeadamente no (Barroso et al., 2007). A carência, por estes sentida, leva a que os mesmos sintam a necessidade de apoio e de informação acerca dos sinais e sintomas da doença do seu familiar, de como detetar precocemente situações de crise e o modo de atuar.

Outras necessidades identificadas dizem respeito à vigilância médica e de enfermagem e ao desconhecimento dos recursos disponíveis na comunidade.

As necessidades identificadas na amostra do presente trabalho corroboram com o que é afirmado por Barroso et al., (2007). Este autor menciona ainda que as avaliações dos programas de saúde pública não serão completas, enquanto, não integrarem a participação dos familiares/cuidadores das pessoas com alteração do estado de saúde mental. Diz também que o reconhecimento dessa importância, assim como das dificuldades e das contribuições que defrontam constitui um passo determinante para o desenvolvimento de políticas públicas e procedimentos de atendimento na comunidade que vão ao encontro das necessidades efetivas da população, como a implementação de grupos psicoeducativos. Segundo este autor *“auxiliar os familiares constitui um aspeto importante a ser integrado aos programas de saúde mental, a fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida destes familiares e para a melhor reinserção social dos pacientes”*. (2007:277)

De acordo com Gonçalves Pereira/Sampaio (2011) sublinham que as famílias podem necessitar de apoio de psicoeducação, para obterem informação acerca da doença ou de aperfeiçoar as competências para lidar com ela.

Uma vez identificadas as necessidades da amostra, pretendemos dar resposta às mesmas, através de intervenções psicoeducativas, que irão promover uma maior capacidade de adaptação dos familiares/cuidadores.

De acordo com a SPESM (2010) a capacidade de adaptação de uma família, isto é, as estratégias de *coping* que a família adota, dependem da interação entre o agente causador do *stress*, os recursos existentes e da perceção que a família tem desse agente. Estas consistem num conjunto de estratégias intencionais utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às situações adversas, podendo ser focadas no problema a ser resolvido ou na emoção sentida acerca da situação. Porém, existem alguns fatores que podem melhorar as

estratégias de *coping* dos familiares/cuidadores, por exemplo: desenvolver atividades fora de casa; exercer uma atividade que seja gratificante; fazer parte de um grupo de ajuda mútua; colocar limites no comportamento do doente; tentar manter uma vida familiar o mais normal possível (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

É importante que os cuidadores possam dedicar algum tempo a si próprios, fazendo algo que lhes proporcione prazer. Procurar atividades sociais e de lazer que incluam a pessoa com alteração do estado de saúde mental, também ajuda a aliviar as tensões e a aproximar as pessoas. Conversar, trocar ideias e experiências, encontrar soluções em conjunto e dividir melhor a sobrecarga, procurando a união de todos para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia (Brito, 2006).

#### 1) O que deve ser feito?

Devem ser realizadas várias intervenções psicoeducativas, que procuram dar resposta às necessidades identificadas no presente trabalho de projeto. Deverá ser adotado um método de várias sessões, para cada necessidade identificada, as quais poderão estar ou não, interligadas.

Estas sessões psicoeducativas destinam-se aos elementos da amostra, sendo de cariz grupal e não individual.

#### 2) Onde deve ser feito?

As sessões psicoeducativas devem ser realizadas na UIC da margem sul, uma vez que é neste local que as consultas médicas e de enfermagem são efetuadas. Desta forma, assegura-se uma maior adesão dos familiares/cuidadores às sessões.

#### 3) Quando deve ser feito?

Estas sessões psicoeducativas devem ser realizadas ao longo do terceiro semestre. As datas apenas serão definidas após reunião com a enfermeira orientadora.

#### 4) Quem deve fazê-lo?

Todo o processo de pesquisa, planeamento e realização das sessões psicoeducativas devem estar de acordo com o desenvolvimento do presente projeto de intervenção e ser realizado por nós.

De modo a que os objetivos sejam cumpridos com maior sucesso, todos os passos devem ser validados com a enfermeira orientadora, a qual nos irá acompanhar durante as sessões, como está preconizado.

### PARTE III: PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

A segunda parte deste trabalho de projeto diz respeito à definição de objetivos, ao planeamento, à aplicação e avaliação das intervenções psicoeducativas, previamente idealizadas, à luz das necessidades identificadas pelos inquiridos.

Como referido anteriormente, a escolha estratégica para o desenvolvimento deste trabalho assenta numa metodologia de projeto.

#### 1. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

De acordo com o artigo de Metodologia de Projeto (Estudantes et al., 2010), a metodologia de projeto apresenta várias fases, na qual contempla a definição dos objetivos. Os objetivos identificam os resultados que queremos atingir para a população inquirida. Estes podem incluir vários níveis, desde o geral ao específico. Os objetivos do projeto devem ser claros, em número limitado, devem utilizar uma linguagem precisa e sucinta, devendo, ainda, ser executáveis e calculáveis, tanto a nível de quantidade, como de qualidade e duração.

Uma vez identificadas as necessidades da amostra, traçou-se como **objetivo geral:**

**Promover o desenvolvimento de competências nos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia.**

Benner (2001) descreve os domínios dos Cuidados de Enfermagem, entre os quais: a função de ajuda; a função de educação e de guia. O enfermeiro deve ser o facilitador, o mediador no desenvolvimento de competências nos familiares/cuidadores, respeitando-os como peritos na experiência de cuidar, transmitindo-lhes de forma segura, honesta e profissional a esperança, o otimismo e fornecendo-lhes simultaneamente informação e competências que vão ao encontro das suas necessidades, para que se sintam implicados no cuidar do seu familiar, com alteração do estado de saúde mental, de modo a melhorar a qualidade de vida da família (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009). No cuidar, o enfermeiro deve sentir-se implicado na situação, sendo esse comprometimento que evidencia a particularidade da função de ajuda do enfermeiro (Benner, 2001).

Watson, na sua teoria sobre cuidar, alude que os objetivos *“estão associados a um crescimento mental-espiritual para o Eu e outros, encontrando significado na nossa*

*existência e experiências, descobrindo um poder e controle interiores e potenciando instâncias de transcendência e auto-recuperação” (2002:128).*

Esta autora menciona também que o cuidar exige conhecer as atitudes e as respostas do ser humano, para problemas de saúde atuais ou potenciais. Deste modo cuidar *“requer ações facilitadas, ou seja, ações que permitam que outros resolvam os problemas, cresçam e transcendam o aqui e agora, ações que estão relacionados com o conhecimento geral e específico do cuidar e das respostas humanas” (2002:129).*

Assim, é essencial que o enfermeiro procure conhecer e ser conhecido. Precisa de estabelecer laços com as pessoas com alteração do estado de saúde mental e com os seus familiares/cuidadores, de modo a que, ao germinar entre estes uma relação recíproca de confiança e de ajuda, esta possa dar frutos. Estes frutos irão transformar a vida dos familiares/cuidadores, pois esta relação procura apenas capacitá-los, de modo a aliviar a sobrecarga que sobre eles recai, permitindo-lhes alcançar uma melhor qualidade de vida. Através destas experiências o enfermeiro evolui como profissional e como pessoa, o que vai ao encontro do que é mencionado por Benner (2001).

A SPESM refere que *“os grupos para cuidadores informais sejam predominantemente de apoio ou psicoeducativos, podem ser muito úteis na ajuda aos familiares do doente, sobretudo em áreas específicas, como o alívio da tensão ou o ganho de informação sobre a doença” (2010:38).* Em consonância, a maioria das intervenções familiares, na esquizofrenia, têm atuado sobretudo na área de prevenção da doença. Com o intuito de melhorar o bem-estar de cada pessoa e o funcionamento sistémico da família.

Os Grupos Psicoeducativos são eficazes na satisfação das necessidades de informação e apoio às pessoas com esquizofrenia e suas famílias, devendo por isso passar a fazer parte do leque habitual de serviços em psiquiatria. Mas, é necessária mais investigação sobre como implementar este tipo de intervenção de forma eficiente, tendo também, em vista a definição de padrões de cuidados para estes doentes e suas famílias (Barroso et al., 2007).

Além do tratamento farmacológico e do apoio psicoterapêutico individual à pessoa portadora de esquizofrenia, considera-se também fundamental o papel desenvolvido pelos seus familiares/cuidadores, ou pelas pessoas com quem o doente convive mais de perto, dada a importância das características do ambiente no controlo e prevenção dos sintomas. As famílias não estão preparadas para lidar, de forma continuada, com sintomas e comportamentos tão complexos como os que ocorrem na esquizofrenia, e por isso podem



estar a estimular os sintomas que na realidade gostariam de ver minorados. Por esse motivo julga-se necessário que, em conjunto com o tratamento farmacológico (que regula a excitabilidade interna cerebral), também uma mudança no clima emocional familiar, pode ter um efeito complementar na prevenção da recaída, através da redução da intensidade dos estímulos externos a que a pessoa com alteração do estado de saúde mental está sujeita diariamente, diminuindo a alta emoção expressa (Santos, 2011).

Para que isto possa acontecer é essencial que os familiares/cuidadores sejam envolvidos no processo de tratamento, ensinados e apoiados para lidar eficazmente com a doença, sendo este o principal objetivo das intervenções psicoeducativas familiares (McFarlane, 2002; Gonçalves Pereira et al., 2007 e CNRSSM, 2007).

As intervenções psicoeducativas familiares propõem-se a aumentar conhecimentos e competências para lidar com o familiar com alteração do estado de saúde mental, reduzindo os níveis de *stress* na família, podendo ter repercussões positivas a nível da saúde mental dos cuidadores. A evidência destas intervenções é a sua utilização em programas educacionais, nomeadamente informação sobre a doença, meditação, etiologia, prognóstico, recursos da comunidade ou a legislação de saúde mental, compreendendo nalguns casos abordagens ao treino de comunicação ou resolução de problemas (Pereira/Sampaio, 2011).

De acordo com Magliano/Fiorillo, (2007), os diversos modelos existentes têm diferenças, no entanto, todos apresentam componentes análogas, nomeadamente no que respeita à informação sobre a doença mental (diagnóstico, sintomas característicos, efeitos da medicação, evolução da doença) e todos os modelos de intervenções psicoeducativas visam a melhoria da comunicação no seio familiar, o desenvolvimento de competências para a resolução de problemas, de estratégias de *coping* e de estímulo para o empenhamento social.

Segundo Fresán et al. (2001), a psicoeducação pode definir-se como a gestão organizada de informação e treino às pessoas com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores, sobre os sintomas, a etiologia e o tratamento, com o objetivo de melhorar os comportamentos associados à doença. Com a mesma, pretende-se que os familiares/cuidadores consigam desenvolver competências, de modo a conseguirem ter atitudes e comportamentos mais assertivos, no lidar com o familiar com alteração do estado de saúde mental, assim como, possuir um maior conhecimento acerca da doença mental. O que potencia o aumento de literacia em saúde (Pereira/Sampaio, 2011).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (RPQCEESM, OE, 2011:15) define literacia como:

*“a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental ou com as perturbações mentais; sabendo como procurar informação acerca da saúde mental; conhecimento de fatores de risco e causas, os tratamentos, os profissionais disponíveis, e as atitudes que promovam o reconhecimento e a adequada busca de ajuda”.*

Segundo Dixon et al., (1995) qualquer que seja o modelo base utilizado, existem características que os programas psicoeducacionais familiares deverão compreender para terem sucesso, como: olhar a esquizofrenia, como uma patologia, como outra qualquer; os orientadores devem ser profissionais de saúde; no plano estabelecido abordar a adesão à medicação; incluir as pessoas com alteração do estado de saúde mental e suas famílias/cuidadores como parceiros nos cuidados; sendo os principais intervenientes no plano terapêutico. Reconhecer a família como um recurso.

Quando é que se deve iniciar uma intervenção psicoeducacional de modo a aumentar a sua eficácia? Em relação a esta questão, ainda não há consenso. No entanto, os vários estudos publicados desde os anos 80, têm demonstrado que qualquer que seja o momento da intervenção, esta é eficaz, principalmente na redução das taxas de recaída quando comparados aos cuidados psiquiátricos convencionais (Magliano/Fiorillo, 2007 e Mari, 1998).

No presente trabalho de projeto foram realizadas várias intervenções psicoeducativas, que procuram suprir as necessidades identificadas, visto que, não é possível resolver problemas sem primeiro os identificar. Para que os familiares/cuidadores consigam apreender alguma informação que vá ao encontro da sua prática diária, sem “os cansar” com informação de que não sentem necessidade, foi adotado um método de várias sessões de intervenções psicoeducativas, para cada necessidade identificada, as quais poderão estar, ou não, interligadas.

As sessões psicoeducativas destinam-se aos elementos da amostra, sendo de cariz grupal e não individual, tendo como **objetivos específicos:**

Transmitir informação;

Fomentar uma atitude mais esclarecida e informada sobre a doença;

Promover a expressão livre de emoções e afetos;

Favorecer a troca e partilha de experiências;

Estimular a capacidade reflexiva;

Promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos;

Promover a compreensão e aceitação da doença mental;  
Favorecer o sentimento de pertença a um grupo;  
Permitir o esclarecimento de dúvidas e ensino de estratégias.

## 2. PLANEAMENTO

A metodologia de projeto envolve várias fases na sua consecução, sendo uma destas o planeamento. Este inclui o cronograma, as atividades, as estratégias e os meios para que os objetivos delineados sejam alcançados.

Como mencionado neste trabalho, foi comprovado através de evidência científica, que a vulnerabilidade biológica e o *stress* intervêm com o prognóstico da doença e com as recaídas, pelo que a família não deve ser responsabilizada pela doença, mas sim amparada e envolvida como parceiro crucial no processo terapêutico (Torrey, 2006; Gonçalves Pereira et al., 2007; CNRSSM, 2007). No entanto a grande maioria dos familiares/cuidadores não possuem conhecimentos suficientes para vivenciar estas situações por vezes tão penosas para eles. Nesta perspetiva, a informação, o treino e o apoio para o desenvolvimento de competências são cruciais para o seu desempenho, como cuidadores.

Numerosos estudos têm demonstrado que ir ao encontro das necessidades dos familiares/cuidadores, contribui de forma significativa para melhorar a situação da pessoa com alteração do estado de saúde mental, para reduzir o número de recaídas e de reinternamentos, e assim, contribuir para um melhor funcionamento psicossocial da pessoa doente e para o bem-estar de toda a família (Fallon et al., 1987; Gonçalves-Pereira/Caldas de Almeida, 1999; OMS, 2002; McFarlane et al., 2003).

Relativamente ao modelo adotado por Fallon et al., (1993), este segue a linha comportamental. Este modelo, após a avaliação das necessidades da família (que podem sofrer alterações), propõe a realização de um planeamento. O primeiro módulo deste modelo é destinado à **psicoeducação**. Cujo objetivo é fornecer/transmitir aos familiares/cuidadores um maior conhecimento acerca dos sinais e sintomas, a etiologia, o prognóstico, os serviços da comunidade disponíveis e a legislação de saúde mental (nomeadamente no que diz respeito ao internamento compulsivo) (Gonçalves Pereira et al., 2007).

Neste trabalho de projeto seguiu-se o modelo de Fallon et al., (1993), apenas na vertente psicoeducativa. Optou-se pela realização de um programa, com sessões psicoeducativas, ao grupo de familiares/cuidadores da amostra, com foco na educação e no desenvolvimento de competências para lidar com a doença, de modo a aumentar o *empowerment*. Os objetivos deste programa vão ao encontro do indicado por Guedes (2008).

As sessões psicoeducativas foram quinzenais, sem a presença da pessoa com alteração do estado de saúde mental. Realizadas na UIC da margem sul, uma vez que é neste local que as consultas médicas e de enfermagem são efetuadas. A escolha da periodicidade das sessões teve em conta o fator económico dos familiares/cuidadores.

Todo o processo de pesquisa, planeamento e realização das sessões psicoeducativas esteve de acordo com o desenvolvimento do presente projeto de intervenção, através do qual se pretendeu dar resposta às necessidades da amostra. O programa foi realizado por nós e o facto de possuir apenas o módulo de psicoeducação, também esteve relacionado com o facto de não possuímos formação, na área de terapia comportamental.

Todos os passos foram validados com a enfermeira orientadora, que acompanhou as sessões, como preconizado.

Na Metodologia do Projeto, a apresentação do método está presente de forma implícita no projeto mas é somente um instrumento de trabalho, que não é único, soberano, imutável e muito menos definitivo. Trata-se de algo que se pode mudar caso se encontrem novos valores que vão enriquecer ou ajustar de acordo com a prática (Leite et al., 1991).

A pesquisa foi constituída de forma sistemática, incluindo a escolha dos recursos a serem utilizados durante o desenvolvimento das sessões psicoeducativas. No planeamento das sessões foi considerado como referência o planeamento usado no Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, Cuidados Integrados e Recuperação - CIR (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009). O planeamento das sessões teve em atenção o tempo de estágio e o tempo necessário para efetuar a pesquisa.

No presente trabalho foram planeadas e realizadas cinco sessões, à população alvo, ou seja à amostra inquirida, com os seguintes temas:

Sessão N°1 (16/05/2012) - Necessidades identificadas pelos familiares/cuidadores;

Sessão N°2 (30/06/2012) - Lei da Saúde Mental nº36/98;

Sessão Nº3 (13/06/2012) - Fatores de Risco, sinais e sintomas na esquizofrenia;  
Sessão Nº4 (27/06/2012) - Rede de Suporte Social;  
Sessão Nº5 (11/07/2012) - Prevenção de Recaídas.

O plano de cada sessão contém: os objetivos, o conteúdo, a duração, as estratégias (que constam dos métodos e dos meios auxiliares de ensino) e a avaliação.

### **3. EXECUÇÃO**

A execução é a etapa do projeto, onde se expõe tudo o que foi previamente planeado e efetivamente realizado, para a amostra do trabalho.

Neste capítulo, para além de darmos a conhecer estas intervenções, também achamos ser relevante dar a conhecer, num segundo momento, todas as intervenções decorrentes da execução do projeto que tivemos possibilidade de realizar, e que contribuíram para um crescimento individual e do grupo.

#### **3.1. Intervenções programadas no projeto**

No presente capítulo são apresentadas as intervenções programadas no projeto.

Os elementos da amostra foram convocados telefonicamente e elucidados do programa das sessões. As duas primeiras sessões usufruíram de uma assiduidade de 90% e as três seguintes tiveram 80%. Todas as sessões contaram com a presença da enfermeira orientadora.

##### **Todas as sessões foram:**

- Realizadas na UIC da margem sul;
- Constituídas por apenas um módulo;
- Com a duração de 1H30minutos;
- O apresentador da sessão nº4 foi o assistente social da unidade;
- Mencionadas as estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais.

##### **Os Conteúdos das sessões focalizaram-se:**

- Socialização informal;
- Revisão da sessão anterior;
- Objetivos da sessão;
- Sumário da sessão;

- Transmissão da matéria nova;
- Momento de análise, reflexão e partilha.

Os métodos pedagógicos utilizados nas sessões foram o método expositivo e interativo.

#### **Meios auxiliares de ensino:**

- ❖ Computador;
- ❖ Projetor, tendo-se recorrido ao programa da Microsoft, Power Point 2010;
- ❖ Placar de madeira e duas folhas de papel cenário;
- ❖ Documento de apoio do Instituto de Segurança Social, I.P. (2009);
- ❖ Três folhas de papel A3.

#### **Sessão nº1 – Tema-Necessidades Identificadas pelos Familiares/Cuidadores.**

A sessão teve como **objetivos:**

- Dar conhecimento aos familiares/cuidadores da amostra do presente trabalho de projeto, dos respetivos resultados das entrevistas e dos questionários que preencheram;
- Dar conhecimento do novo local onde poderão recorrer para a consulta de enfermagem, na UCSP da margem sul.

#### **Estratégias motivacionais**

Nesta sessão pretendeu-se envolver e ajudar os familiares/cuidadores, a vários níveis: a tomarem consciência da importância das suas respostas, ao guião da entrevista e aos questionários, e do modo, como estas respostas, podem contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, assim como, a dos seus familiares com alteração do estado de saúde mental.

Os profissionais de saúde devem “*transmitir uma mensagem de esperança e otimismo*” (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009:11), de confiança na capacidade das pessoas alcançarem os seus objetivos, apoiando a autoeficácia destas e considerando-os como peritos, na sua experiência de lidar com pessoas com alteração do estado de saúde mental. O profissional de saúde torna-se, deste modo, mais competente em ajudar os familiares a desenvolverem estratégias, para dar resposta às suas necessidades. O profissional deve ensinar e colaborar com as famílias, para que estas aprendam e acreditem nas suas capacidades e potencialidades de modo a terem vidas produtivas.

### **Estratégias educacionais**

As estratégias educacionais utilizadas nesta sessão tinham o objetivo de disponibilizar informação a estes familiares/cuidadores, através da realização de várias sessões, de modo a dar resposta às necessidades por eles identificadas.

### **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Nesta sessão, estas estratégias foram no sentido do reforço positivo:

- Pela aceitação ao pedido de participação neste trabalho de projeto;
- Pela continuidade da participação no projeto.

Esta sessão foi a primeira. O grupo de familiares/cuidadores não se conhecia, pelo que cada pessoa se apresentou, dizendo o seu nome e a sua consanguinidade com o familiar com alteração do estado de saúde mental.

Realizou-se a socialização do grupo, a qual ocorreu sem dificuldades. No entanto, sentia-se que as pessoas do grupo estavam um pouco receosas, expetantes com o desenvolvimento da sessão. A maioria do grupo nunca tinha estado em sessões de psicoeducação.

Deu-se início à sessão com a apresentação dos objetivos e o sumário, com a duração de 10 minutos. Seguiu-se a contextualização do projeto, com a duração de 60 minutos. Nesta foi citado:

- ❖ Nome do projeto;
- ❖ Objetivos;
- ❖ Métodos utilizados:
  - Instrumentos de colheita de dados (entrevista com questões abertas, aplicação do questionário),
  - Período de recolha,
  - Local,
  - Amostra (constituída por oito familiares/cuidadores)
- ❖ Caracterização da amostra (género, idade, estado civil, grau de parentesco com o doente, grau de escolaridade, situação laboral, contato diário com o doente);
- ❖ Resultados da entrevista;
- ❖ Resultados do questionário;
- ❖ Necessidades identificadas;
- ❖ Sugestões de respostas às necessidades identificadas;
- ❖ Novo local onde poderão recorrer para a consulta de enfermagem.

Os últimos 20 minutos foram de partilha com o grupo, que também serviu de **avaliação** da sessão.

Com este projeto desejamos promover uma maior acessibilidade à comunidade, rentabilizar os recursos comunitários disponíveis e criar uma consulta de enfermagem. Os familiares/cuidadores são nossos parceiros no cuidar. De acordo com o CIR (2009) a implicação nos cuidados, de familiares/cuidadores das pessoas com alteração do estado de saúde mental, poderá ser benéfico por diversas razões, inclusive poderá diminuir o criticismo em relação à pessoa com necessidade de cuidados.

### **Sessão nº2 – Tema - Lei da Saúde Mental Nº36/98, de 24 de Julho.**

Esta sessão, não foi identificada nas necessidades mencionadas pela amostra do presente trabalho. Mas em virtude de na 1ª sessão ter sido pedido mais informação, acerca desta temática, o planeamento das sessões sofreu alterações (tal como se encontra confirmado pela literatura vigente). Assim, o planeamento, a periodicidade não têm que obedecer a um esquema inflexível, devendo ser ajustados às necessidades dos familiares/cuidadores (Gonçalves et al., 2007).

Os **objetivos** desta sessão foram:

- Que os familiares/cuidadores conhecessem a Lei de Saúde Mental nº 36/98;
- Que os familiares/cuidadores tivessem momentos de análise, reflexão e partilha.

#### **Estratégias motivacionais**

Nesta sessão pretendeu-se transmitir e consolidar conhecimentos aos familiares/cuidadores, assim como, dar-lhes a conhecer a proteção legal de que dispõem, através:

- Da análise da Lei de Saúde Mental, nomeadamente a nível do conhecimento dos direitos e deveres, do internamento compulsivo e internamento de urgência;
- De facultar momentos de reflexão e partilha sobre esta temática.

#### **Estratégias educacionais**

As estratégias educacionais utilizadas nesta sessão tiveram o objetivo de disponibilizar informação a estes familiares/cuidadores, acerca da Lei de Saúde Mental nº36/98, uma vez que, quanto mais conhecimentos, estes tiverem sobre o sistema legal existente, mais protegidos e menos excluídos da sociedade se sentirão.

De acordo com a Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., ((2008:14) *“os familiares/cuidadores de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados*



*como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar na prestação e a receber o treino e educação necessários”.*

### **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Nesta sessão as estratégias foram no sentido de:

- Aumentar os conhecimentos acerca da Lei da Saúde Mental;
- Aumentar a confiança e a segurança na prestação dos cuidados.

Deu-se início à sessão com a socialização informal, a apresentação dos objetivos e o sumário da sessão, com a duração de 10 minutos.

De seguida foi perguntado verbalmente ao grupo o que era para cada um deles Saúde Mental e Adoececer Mental. Inicialmente estavam um pouco receosos em começar a responder, mas depois todos expuseram as suas ideias. A maioria do grupo respondeu que Saúde Mental “é a pessoa estar bem com ela e com os outros” e Adoececer Mental “é quando a pessoa apresenta alterações ao nível do comportamento, pensamento”.

Após resumo do que os elementos do grupo disseram, apresentou-se uma definição de Saúde Mental e de Adoececer Mental, tendo-se evidenciado que Doença mental não é ausência de saúde, mas uma desarmonia parcial ao nível da autonomia, adaptação e integração da pessoa.

Deu-se início à análise da Lei da Saúde Mental. Analisar a Lei na sua totalidade durante 1H30minutos, seria um atarefa impossível, pelo que foram selecionados os artigos que vão mais ao encontro das necessidades por eles referidas. Os artigos discutidos foram:

- Art. 3º- Princípios gerais de política de saúde mental;
- Art. 4º- O Conselho Nacional de Saúde mental, o que é e como é constituído;
- Art. 5º- Direitos e deveres do utente;
- Art. 11º- Direitos e deveres do doente internado.

Durante 20 minutos proporcionou-se um momento de análise, reflexão e partilha, no qual os elementos do grupo colocaram as dúvidas e os seus desagrados. Esta partilha foi apresentada por um elemento do grupo com muita agressividade e revolta contra a Lei de Saúde Mental, referindo “considera-la muito permissiva”.

A **avaliação** desta sessão foi realizada no final da mesma, respondendo individualmente e por escrito ao guião, que era constituído por quatro perguntas, respondendo sim/não. Na terceira pergunta também tinham de responder a um porquê. No final do guião tinha sugestões.

Como resposta à 1ª pergunta. Os sete familiares/cuidadores responderam que foram relevantes os temas apresentados na sessão.

Na 2ª pergunta era questionado se já conheciam a Lei de Saúde Mental, nº36/98, de 24 de Julho. Dos sete familiares/cuidadores presentes na sessão, três responderam afirmativamente e quatro responderam que não a conheciam.

Na 3ª pergunta foi pedido aos elementos do grupo, para se pronunciarem sobre a importância de terem conhecimento da referida Lei. Os sete responderam que foi importante, e o porquê: “posso usá-la quando precisar”; “porque a desconhecia”; “nunca me tinham falado nela” (referiram três elementos do grupo); “acho que ainda não fiquei suficientemente esclarecida” (referido por dois elementos do grupo). Como sugestões apenas um elemento do grupo manifestou vontade de abordar este tema novamente, para ficar mais esclarecido. Três elementos solicitaram um exemplar da mesma.

### **Sessão nº3 – Tema – Fatores de risco, sinais e sintomas na esquizofrenia.**

Os **objetivos** desta sessão foram:

- Que os familiares/cuidadores conhecessem as possíveis causas do adoecer mental;
- Que os familiares/cuidadores identifiquem a doença mental;
- Transmitir uma mensagem de confiança em relação ao futuro;
- Que os familiares/cuidadores tivessem momentos de análise, reflexão e partilha.

#### **Estratégias motivacionais**

Nesta sessão pretendeu-se transmitir e consolidar conhecimentos aos familiares/cuidadores, sobre:

- Fatores de risco da doença mental;
- Aparecimento do início da doença na esquizofrenia;
- Quais os sinais e sintomas mais frequentes na esquizofrenia;
- Facultar momento de reflexão e partilha sobre esta temática e experiências vividas.

#### **Estratégias educacionais**

As estratégias educacionais utilizadas nesta sessão tiveram o objetivo de disponibilizar informação a estes familiares/cuidadores, acerca da fisiopatologia da esquizofrenia e da desmistificação da transmissão da doença.

#### **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Nesta sessão, estas estratégias foram no sentido de:

- Diminuir o estigma;
- Diminuir a elevada emoção expressa;
- Aumentar a qualidade dos cuidados prestados;
- Diminuir os reinternamentos;
- Aumentar a qualidade de vida destes familiares/cuidadores e de quem cuidam.

Deu-se início à sessão com a socialização informal, de seguida fez-se um resumo da sessão anterior.

Procedeu-se à apresentação dos objetivos e o sumário da sessão, com a duração de 10 minutos e seguiu-se com a apresentação da matéria nova.

A **avaliação** desta sessão foi realizada no final da mesma, respondendo individualmente e por escrito ao guião.

Cada elemento identificou três fatores de risco para o desenvolvimento da doença, tais como: “ansiedade”, “genéticos”, “stress”, “ambiente familiar conflituoso e meio envolvente”, “droga”, “álcool”, “fatores externos” e “vulnerabilidade biológica”.

Cada elemento identificou três sintomas da doença mental: “alucinações”, “isolamento”, “falta de energia”, “ouvir vozes”, “alteração do comportamento”, “esquecimento”, “falta de atenção”, “apatia”, “comportamento desorganizado” e “falta de motivação”.

Os seis familiares referiram que a sessão respondeu às suas necessidades, mas dois elementos do grupo mencionaram que ainda precisavam de mais informação.

#### **Sessão nº4 – Tema – Rede de Suporte Social.**

Os **objetivos** foram os seguintes:

- Que os familiares/cuidadores conhecessem a rede social existente na área de residência;
- Transmitir uma mensagem de confiança em relação ao futuro;
- Que os familiares/cuidadores tivessem momentos de análise, reflexão e partilha.

#### **Estratégias motivacionais**

Nesta sessão pretendia-se informar os familiares/cuidadores, acerca:

- Rede social, como funciona;
- Quais as obrigações de cada pessoa;
- Identificar as Instituições;

- De facultar momentos de reflexão e partilha sobre esta temática.

### **Estratégias educacionais**

As estratégias educacionais utilizadas nesta sessão tiveram como objetivos disponibilizar informação a estes familiares/cuidadores, acerca da rede social existente e dar oportunidade para colocarem as suas incertezas. Referido por todos os elementos do grupo, um dos seus medos e preocupações é o futuro do seu familiar com alteração do estado de saúde mental.

### **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Nesta sessão, as estratégias foram no sentido de:

- Diminuir a ansiedade;
- Aumentar o *empowerment*;
- Diminuir os reinternamentos;
- Aumentar a qualidade de vida destes familiares/cuidadores e de quem cuidam.

Deu-se início à sessão com a socialização informal. Procedeu-se à apresentação dos objetivos e o sumário da sessão, com a duração de 10 minutos.

Durante a sessão os familiares/cuidadores foram expondo algumas das suas perplexidades, mas no final da sessão proporcionou-se 10 minutos, para um momento de análise, reflexão e partilha, no qual os elementos do grupo se pronunciaram acerca das suas experiências, relatando que “a rede social devia ser mais abrangente” e que “muitas vezes a resposta é dada tardiamente”.

A **avaliação** desta sessão foi realizada no final da sessão, respondendo individualmente e por escrito ao guião.

Como resposta à 1ª pergunta, os seis familiares/cuidadores responderam que foi esclarecedora. No entanto, quatro elementos escreveram que já tinham tido esta informação, mas que nunca é demais ouvir.

Na 2ª pergunta os seis familiares/cuidadores declararam que ao serem informados acerca da rede de apoio social existente lhes proporcionou alguma segurança. Dois dos elementos não tinham conhecimento acerca da rede de apoio social.

Em relação à 3ª pergunta, os seis familiares/cuidadores declararam que ao deterem o conhecimento sobre as instituições existentes lhes proporcionou alguma confiança. Assim, quando necessitarem de ajuda, sabem onde procurar. No entanto, dois familiares verbalizaram que mantêm incertezas, relativamente ao apoio destas instituições, referindo

que já passaram por situações em que necessitaram de apoio e não obtiveram resposta aos seus pedidos de ajuda.

Na resposta à 4ª pergunta, os seis familiares/cuidadores consideraram importante o contributo do assistente social. Dois elementos do grupo já tinham tido uma entrevista com ele, mas os restantes não o conheciam. Os quatro elementos mencionaram ter sido importante o fato de conhecerem pessoalmente o assistente social. Verbalizando que quando marcarem uma entrevista, este técnico já não é desconhecido.

#### **Sessão nº5 – Tema – Prevenção de Recaídas.**

Esta sessão teve como **objetivos**:

- Transmitir aos familiares/cuidadores segurança de que as pessoas com alteração do estado de saúde mental podem reduzir as possibilidades de ter recaídas no futuro;
- Ajudar os familiares/cuidadores a reconhecer sinais e sintomas precoces de alerta de uma crise;
- Ajudar os familiares/cuidadores a prevenirem recaídas, de modo a evitar reinternamentos.

Nesta sessão as **estratégias motivacionais** situaram-se no sentido de motivar os familiares/cuidadores para a prevenção de futuras recaídas. Todos já vivenciaram recaídas e internamentos como ocorrências preocupantes e traumáticas. O profissional deve recordar estas situações no sentido de estimular e motivar os familiares para um maior envolvimento na prevenção de recaídas.

As **estratégias educacionais** focaram a importância do aumento de conhecimentos dos familiares/cuidadores sobre esta temática, estando mais atentos a qualquer alteração, podendo deste modo prevenir futuras recaídas e elucidá-los onde e a quem, poderão pedir ajuda.

As **estratégias cognitivo-comportamentais** focalizaram-se na aprendizagem e no estabelecimento de estratégias que apoiam os familiares/cuidadores na prevenção de recaídas.

Como atividade desta sessão, havia vários exemplos de recaídas, que o grupo dos familiares/cuidadores tinha de associar ao sinal de alerta adequado. Foi com entusiasmo e com trabalho de grupo, que desempenharam esta atividade com sucesso.

Após a conclusão da atividade houve um momento de partilha, análise e reflexão do grupo. Ao qual se seguiu a avaliação da sessão, respondendo individualmente e por

escrito ao guião, que era constituído por seis perguntas. Quatro das perguntas eram de desenvolvimento e duas respondiam sim/não.

Todos os elementos do grupo responderam à 1ª pergunta identificando três fatores de recaídas: “alteração do humor”, “tristeza”, “mudanças de atitudes e do pensamento”, “mudanças do comportamento”, “isolamento”, “alterações do pensamento”, “ouvir vozes”, “mais extrovertida”.

Na resposta à 2ª pergunta todos os elementos, mencionaram três sinais precoces de alerta, numa recaída: “mais nervoso”, “comer menos”, “parar a medicação”, “mais agressiva”, “mais isolada”, “ouvir vozes com mais intensidade”, “mais extrovertida”, “menor necessidade de dormir”, “mais agitada”, “dormir menos”, “comer mais”, “mais nervoso”, “mais hostil”, “gastar mais dinheiro”, “isolar-se mais” e “uso de drogas”.

Como resposta à 3ª pergunta, os seis familiares/cuidadores reconheceram que é importante identificar as situações ou acontecimentos que foram geradores de recaídas no passado, para prevenir futuras recaídas.

Relativamente a resposta à 4ª pergunta todos os elementos do grupo afirmaram que os sinais ou sintomas de recaídas, não são sempre iguais.

Na 5ª pergunta foi questionado ao grupo, o que devem fazer quando surgirem alguns sintomas de recaídas. As respostas variaram entre; *“pedir ajuda, ir logo ao psiquiatra ou ir ter com o terapeuta de referência”, “pedir ajuda ao psiquiatra ou ao enfermeiro”, “contactar de imediato o médico, pedir ajuda ao enfermeiro”, “pedir ajuda ao médico e enfermeiro”, “contatar o psiquiatra o mais rápido possível” e “pedir ajuda ao psiquiatra”*.

Como resposta à 6ª pergunta, os seis familiares/cuidadores disseram que a sessão foi ao encontro das suas necessidades. Mas três elementos aludiram que “precisavam de mais sessões destas”.

### **3.2. Intervenções decorrentes da execução do projeto**

No presente capítulo são abordadas as intervenções que apesar de não estarem planeadas, tivemos oportunidade de realizar, constituindo uma mais-valia para o projeto.

Os cuidados de enfermagem especializados em saúde mental têm como objetivo: *“ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (RPQCEESM, OE, 2011:4).

Como estudantes do 1º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica, o estágio foi realizado numa Unidade Hospitalar e numa UIC da margem sul. As competências a desenvolver focalizaram-se, ao nível da satisfação do utente na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção a pessoas com respostas desajustadas que lhes causem sofrimento. A ajuda ao outro é algo contínuo e dinâmico. As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental destacam-se:

*“ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (RCEEEESM, OE, 2010).

Na UIC da margem sul existe um Programa de Reabilitação e Intervenção de Saúde Mental em Ambulatório (PRISMA), com uma equipa multidisciplinar. A referenciação pode ser feita através da consulta externa ou do serviço de internamento da Instituição Hospitalar. Só são admitidas pessoas portadoras de Psicoses, com Episódio Depressivo Grave e sintomas psicóticos. Para cada pessoa é elaborado um projeto terapêutico individualizado, que posteriormente vai sendo reavaliado a nível da integração social, familiar, ocupacional e profissional. Os objetivos gerais deste programa direcionam-se de modo a responder às necessidades da população, promover a sua qualidade de vida, uma melhor inserção e participação social, maior proximidade à comunidade, diminuir a estigmatização e a discriminação e permitir o envolvimento familiar. Para atingir estes objetivos é necessário uma abordagem bio-psico-social, com intervenções multidisciplinares e um acompanhamento individualizado e diário (Técnico de referência). Procede-se também à realização de intervenções terapêuticas, nomeadamente na promoção da adesão às consultas e à terapêutica de modo a evitar recaídas, internamentos e idas ao serviço de urgência, diminuindo assim o número de institucionalizações. Neste cuidar diário não é esquecida a integração profissional e/ou ocupacional destas pessoas com alteração do estado de saúde mental.

Ao longo do estágio assistimos a todas as atividades do programa, de modo a nos conseguirmos integrar no grupo, o que foi conseguido com sucesso. Tomamos a iniciativa e partilhámo-la com a enfermeira orientadora, no sentido de intervir na dinamização de sessões, com o objetivo de dar continuidade ao trabalho que se estava a realizar.

A dinamização destas sessões envolveu vários objetivos, tais como:

- Adquirir conhecimentos sobre o tema proposto;
- Consolidar conhecimentos sobre o tema proposto;
- Adquirir experiência ao nível do planeamento e organização de sessões;
- Desenvolver o relacionamento interpessoal;
- Aquisição de competências de comunicação com grupos.

Dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, nomeadamente na “*assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, grupos e comunidade na otimização da saúde mental e ajuda da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada nos grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*” (RCEEEESM, OE, 2010:4).

Uma das sessões apresentadas teve como tema:

- “Depressão e Antidepressivos”.

Esta sessão foi realizada no dia 08 de maio, às 11H, na UIC da margem sul. Estavam presentes 20 pessoas com alteração do estado de saúde mental, inscritos no programa acima mencionado.

Iniciou-se a sessão com a apresentação dos objetivos e da metodologia. A sessão foi apresentada em *Power Point*.

Foi apresentada uma definição de depressão, não como uma patologia, mas como um sintoma de alteração do estado de saúde mental. Indicando que algumas perturbações mentais podem desencadear sintomas de depressão, tais como: as que apresentam sintomas negativos; alterações do humor e dificuldade no relacionamento/isolamento. Foi também mencionada qual a medicação que vai ter influência a nível destes sintomas, proporcionando uma melhor qualidade de vida às pessoas.

Foram facultados exemplos de antidepressivos e referidos os seus efeitos secundários. Neste contexto, foi abordada a importância da adesão à terapêutica.

Cada dois elementos do grupo tinham uma folha A4 dividida ao meio, com a listagem da sua medicação e na última parte da sessão analisaram se estavam a tomar algum antidepressivo. A resposta foi unânime, estavam todos a tomar antidepressivos.

No final da exposição teórica, as pessoas que quisessem partilhar as suas vivências, dúvidas podiam fazê-lo e foi realizada a avaliação da sessão individual e verbalmente.

Esta sessão permitiu aumentar o autoconhecimento, o *insight* e responsabilizar os elementos do grupo pela sua saúde. A importância da “*cooparticipação no processo da*



*reabilitação e a promoção do autocuidado das pessoas portadoras de patologia mental”* (Villena/Scatena, 2004, cit. por SPESM, 2010:237). De acordo com o Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009 *“a medicação é uma das ferramentas mais eficazes para reduzir os sintomas e prevenir recaídas”* (2009:146), permitindo às pessoas ter vidas produtivas. Quanto mais informados estiverem acerca desta temática, mais ativamente participam no tratamento.

Dando continuidade aos temas que vinham a ser apresentados no Grupo Psicoeducativo, dinamizamos uma sessão com o tema **“Hábitos de Vida Saudáveis”**. Esta sessão foi realizada no dia 30 de maio, às 11H, num parque urbano da margem sul. Estavam presentes dezasseis pessoas, com alteração do estado de saúde mental, inscritos no programa supracitado.

Esta sessão teve como objetivos específicos:

- A promoção do ensino para a saúde;
- A promoção de estilos de vida saudáveis e mudança de comportamentos;
- Desenvolvimento de competências a nível social, cognitivas, otimizando a saúde mental.

O grupo foi subdividido em três grupos e entregue a cada um, dois a três envelopes, os quais tinham peças para encaixar alusivas ao tema apresentado. No final cada grupo apresentou os hábitos de vida que lhes tinham sido atribuídos e formou-se um puzzle. Para além da montagem do puzzle, também cada grupo tinha de escrever duas a três frases referentes a cada hábito de vida que lhe tinha sido atribuído.

Categoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
EDUCAR	<p>Incentivar andar a pé</p> <p>Reforçar quando conduz não deve beber</p> <p>Reforçar a importância de beber água</p> <p>Reforçar a importância da amizade e de diversão</p> <p>Reforçar a importância do dormir</p> <p>Reforçar a importância de fazer uma alimentação saudável</p> <p>Reforçar a importância de não fumar</p>	<p>“Fazer caminhadas, é muito importante para aumentar a nossa condição física e para o nosso bem-estar”;</p> <p>“O desporto faz-nos sentir bem com o nosso próprio corpo, elimina as toxinas, aumenta o nosso bem-estar”;</p> <p>“O exercício físico dá saúde e bem-estar”.</p> <p>“Proibido beber e conduzir”;</p> <p>“Não é saudável beber e conduzir, porque diminui a capacidade de reação”;</p> <p>“Quando se bebe aumenta o risco de acidentes”.</p> <p>“Obrigatório consumir água”;</p> <p>“Deve-se beber cerca de 1,5L de água por dia”;</p> <p>“É saudável consumir água”;</p> <p>“A água é boa para a limpeza do organismo”.</p> <p>“É bom e saudável sorrir”;</p> <p>“O bem-estar psicológico beneficia com a amizade/diversão”;</p> <p>“Deve-se dormir pelo menos 7H por noite”;</p> <p>“Dormir é muito importante “</p> <p>“Uma boa alimentação ajuda a manter-nos saudáveis”.</p> <p>“Não é saudável fumar”;</p> <p>“O tabaco prejudica a saúde, as vias respiratórias, os pulmões e pode provocar o cancro”.</p>

As frases que escreveram foram categorizadas e analisadas através de análise de conteúdo (Fortin: 1999).

Pela análise das respostas, podemos concluir que os elementos do grupo detêm conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis. As pessoas com alteração do estado de saúde mental detêm uma cultura geral que por vezes não é valorizada pela sociedade. Estas pessoas são muitas vezes estigmatizadas e discriminadas pelos outros. A sociedade deve promover a inserção e a participação social, favorecendo o *empowerment*. De acordo com o Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde (2009) menciona que “o estigma

*refere-se a opiniões e atitudes negativas sobre a doença mental*” (2009:73) e que *“quanto mais se souber sobre as doenças mentais mais bem equipado se está para combater o preconceito, venha ele dos outros ou de si próprio”* (2009:89). Como mencionado, quanto maior for o conhecimento da sociedade acerca das alterações do estado de saúde mental (que pode ocorrer em qualquer pessoa), menor é o estigma.

Depois da montagem do puzzle, procedeu-se ao diálogo. Todos os elementos do grupo participaram individual e verbalmente na avaliação da sessão. Apesar de estarmos ao ar livre, havendo mais focos de distrações, não foram motivos de desconcentração.

A sessão realizada a nível da atividade de **“Biblioterapia”** foi também ao ar livre, num parque urbano. Realizou-se no dia 30 de maio, pelas 12H30minutos. Estavam presentes dezasseis pessoas, inscritas no programa acima referido.

Esta sessão teve como objetivos específicos:

- Promover o autoconhecimento;
- Reforçar os modelos sociais expetáveis;
- Adequar o desenvolvimento emocional;
- Apoiar a mudança de comportamentos.

Foi realizada a leitura da lenda “A traição de Galba” ao grupo. As histórias, as lendas podem conduzir a mudanças, pois ajudam a pessoa a ver outras perspetivas e a identificar novas opções de pensamentos e entendimento, de novos caminhos saudáveis, para enfrentar as suas dificuldades. Esta lenda abordava vários temas para reflexão, nomeadamente a confiança, a traição, o não desistir e a recompensa.

Com a leitura da lenda abriu-se um espaço para o diálogo, para os comentários e interpretações que são indicadores de uma opção de pensamento e de comportamento.

A “Biblioterapia” tem sido usada no tratamento de pessoas com alteração do estado de saúde mental, em diferentes faixas etárias, em doentes crónicos e em doentes dependentes de substâncias químicas. Através da “Biblioterapia”, a pessoa pode desenvolver uma forma de pensar criativa e crítica, ser apoiada a afastar-se da sua dor e a revelar os seus sentimentos, fantasias e pensamentos. Pode operacionalizar-se em três etapas: a identificação, a catarse e o *insight* (Seitz, 2006). Os elementos do grupo estiveram atentos e participaram ativa e empenhadamente na reflexão, através da expressão de sentimentos e vivências que geraram interajuda entre eles. A avaliação da sessão foi feita em grupo, com expressão verbal e individualmente.

Na Unidade Hospitalar da margem sul, durante a manhã, as pessoas com alteração do estado de saúde mental institucionalizadas, desenvolvem atividades com a terapeuta ocupacional, de modo a promover o aumento da capacidade de comunicação interpessoal, estimular as competências sociais, cognitivas, aprendendo a desenvolver estratégias de *coping*, para resolução de problemas, de modo a diminuir as recaídas. Com o objetivo de aumentar a autoestima, o *insight*, a capacidade reflexiva, promovendo o *empowerment*.

Uma das atividades planeadas é a reunião comunitária, na qual todos participaram, verbalizando como se sentiam e o que achavam de positivo e de negativo relativamente ao internamento. Os profissionais de saúde que estavam presentes escutavam, respondiam ou devolviam para o próprio ou para o grupo, o tema.

A terapeuta ocupacional elabora o plano de atividades semanais, pelo que tivemos necessidade de lhe expressar a nossa vontade, de dinamizar uma das atividades planeadas. A resposta que recebemos foi afirmativa. Realizamos então uma sessão de grupo, “Doce e amargo”, que se realizou no dia 18 de maio, pelas 11Horas.

Segundo Manes, num grupo é possível cuidar e despertar, “*contemporaneamente e de maneira peculiar, três dimensões do funcionamento humano: a dimensão emotivo-afetiva, cognitiva e experiencial*” (2007:6).

A sessão teve como objetivos específicos:

- Estimular a fantasia;
- Estimular a criatividade;
- Facilitar o autoconhecimento;
- Facilitar o conhecimento mútuo.

Devido ao fato de a maioria dos elementos ter expressado na reunião comunitária o desejo de ter mais atividades no exterior, esta sessão foi ao ar livre, junto ao serviço de internamento. O grupo foi constituído por onze elementos. Com o apoio da terapeuta ocupacional, foi explicado às pessoas internadas, que ia ser realizada uma sessão e quais os seus objetivos. Estas escolhiam voluntariamente se queriam participar.

Depois de estarem sentados, em círculo, foram convidados a fecharem os olhos e a relaxarem. Seguidamente foi proposto a degustação de um alimento amargo (rodela de limão). Fez-se uma breve pausa. Proposto de novo a degustação de um alimento doce (gomas). Deram-se cinco minutos para se saborear os dois tipos de alimentos, amargo e doce, de seguida o grupo foi convidado a verbalizar emoções, associações de ideias e fantasias relacionadas com os dois estímulos. A participação dos doentes foi espontânea,

testemunhando as suas vivências, tais como: “doce é estar com a minha família, amargo é estar no internamento, fechada”; “doce é conseguir falar, recordar as pessoas que já morreram sem me sentir angustiada”; “doce é partilhar com os amigos as coisas boas da vida, amargo é guardar para mim as coisas menos boas da vida”.

Esta atividade tinha como objetivos o desenvolvimento de competências a nível intelectual, emocional, social e permitir a cada elemento fazer a sua própria catarse (Manes, 2007).

A avaliação da sessão foi feita no final da mesma, verbalmente e por cada elemento do grupo.

Na UCSP da margem sul, foi efetuada no dia 19 de junho de 2012, pelas 13H, a sessão de apresentação do Trabalho de projeto, **Promover o desenvolvimento de competências nos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia.**

Nesta sessão estavam presentes vinte e seis pessoas, pertencentes à equipa médica e de enfermagem, elementos da Direção Clínica (médica e enfermeira) do ACES da margem sul.

Esta sessão teve como **objetivos:**

- Dar o conhecer o Trabalho de Projeto, que se realizou na UIC da margem sul;
- Dar continuidade a este projeto na UCSP de margem sul.

A sessão foi apresentada em *Power Point*. O grupo estava disposto em semicírculo.

Deu-se início à sessão expondo o objetivo do trabalho de projeto. Seguidamente foi apresentada a metodologia diagnóstica utilizada, referindo quais os instrumentos de colheita de dados, o período de recolha dos dados, o local e a amostra.

A amostra foi caracterizada relativamente ao género, idade, estado civil, grau de parentesco com o doente, grau de escolaridade, situação laboral e o contato diário com o doente (horas).

Em relação ao Guião da Entrevista, foram referenciadas as perguntas, assim como, os resultados obtidos, pela avaliação qualitativa (análise de conteúdo).

Relativamente ao Questionário, foi mencionado quais os autores e referido que já tinha sido testado para a população portuguesa. Transmitidos os resultados e descrito como foi constituída a divisão destes:

- Sobrecarga objetiva;

- Sobrecarga subjetiva;
- Ajuda recebida;
- Atitudes positivas;
- Criticismo.

Após a abordagem da metodologia diagnóstica e do conhecimento dos resultados obtidos, foram identificadas as necessidades da amostra do presente trabalho de projeto. Assim como:

- Informação acerca da doença mental;
  - Conhecer sinais e sintomas,
  - Identificar sinais de crise e saber pedir ajuda,
  - Conhecer estratégias para lidar melhor com o familiar portador de esquizofrenia.
- Vigilância médica e de enfermagem;
- Económicas;
- Informação sobre a rede social.

Como respostas às necessidades identificadas foram realizadas:

- Sessões quinzenais, entre maio e junho de 2012;
- Duração de 1H30minutos;
- Na UIC da margem sul.

Estamos a realizar este trabalho de projeto no âmbito do 1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No entanto o objetivo é replicar estes cuidados, através da implementação de uma consulta de enfermagem, para acompanhamento de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia e de seus familiares/cuidadores. Assim como, dar continuidades às sessões de psicoeducação iniciadas neste trabalho de projeto. Daí a necessidade de dar conhecimento do projeto, para assim, em equipa podermos dar-lhe continuidade, monitorizar e acompanhar novos casos.

De acordo com a OMS: *“Grupos profissionais, incluindo psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais psiquiátricos, terapeutas, profissionais de reabilitação e outros profissionais que interagem com o sistema de saúde mental terão a responsabilidade quotidiana pela implementação do disposto na legislação de saúde mental”* (2005:131).

A mesma fonte alude acerca da importância da:

*“Disseminação de informações sobre saúde mental, incluindo informações sobre os direitos garantidos na nova legislação, pode ajudar a mudar atitudes do público para com as pessoas com transtornos mentais. Os programas de sensibilização do público precisam destacar disposições especiais da legislação e apresentar explicações para a sua inclusão, tais como a razão de se incluírem seções relativas ao acesso à atenção à saúde mental e relativas à proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. (...) Enfatizar a importância do respeito pelos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e ajudar a educar o público sobre os avanços no tratamento de transtornos mentais, especialmente sobre a eficácia de programas comunitários de reabilitação” (2005:144).*

Deste modo, só com a replicação de unidades com programas comunitários de reabilitação, para as pessoas com alteração do estado de saúde mental e programas de psicoeducação para os familiares/cuidadores destes, é que se pode contribuir para a diminuição do estigma e para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Além do que foi descrito, também acompanhámos duas pessoas com alteração do estado de saúde mental, através de entrevistas de avaliação diagnóstica, em contexto hospitalar e na comunidade.

#### **4. AVALIAÇÃO**

A avaliação na Metodologia de Projeto tem como particularidades o fato de ser contínua e possibilitar uma retroação, visando a redefinição das várias etapas da metodologia do projeto, caso seja necessário. Nesta etapa é essencial recorrer a ferramentas de avaliação para que esta se conceba de modo rigoroso. Esta etapa inclui a validação do sucesso dos objetivos inicialmente traçados.

O projeto de aprendizagem clínica teve como objetivo geral: **Promover o desenvolvimento de competências nos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia.”.**

Os **objetivos específicos** delineados foram os seguintes: transmitir informação; estimular a capacidade reflexiva; promover a expressão livre de emoções e afetos; favorecer a troca e partilha de experiências; promover a compreensão e aceitação da doença mental; permitir o esclarecimento de dúvidas e ensino de estratégias; fomentar uma atitude mais esclarecida e informada sobre a doença; diminuir o criticismo; promover estilos de vida saudáveis e mudança de comportamentos.

No presente trabalho de projeto, as sessões psicoeducativas delineadas permitiram dar resposta aos objetivos propostos, assim como, ao desenvolvimento de competências a vários níveis: relacionamento interpessoal; tomada de consciência de si (do *self*); promoção da expressão livre de emoções e afetos; estimulação da capacidade reflexiva; partilha de experiências, aquisição e consolidação de conhecimentos acerca das temáticas abordadas.

A avaliação da primeira sessão foi verbal e os objetivos propostos foram atingidos.

De acordo com Benner (2001) cada pessoa traz a sua história de vida, o seu percurso intelectual e a sua escolha em aprender, quando está perante uma situação em particular. É através desta escolha, em particular, que se deve conquistar a adesão dos familiares/cuidadores, pois eles são elementos ativos em todo o processo, o seu consentimento, além de informado, tem de ser ativo e interveniente, *“o respeito pelo valor de cada pessoa deve ser o nosso motor; o saber técnico, o combustível que nos faz mover; a humanização, a marca de todas as nossas intervenções”* (Cordo, 2003:83). Deste modo, a colaboração entre profissionais de saúde mental e familiares/cuidadores deveria ser identificada como um dos objetivos das políticas de saúde mental, quer ao nível nacional, como internacional (Magliano, 2008; Hanson, 2005 e Gonçalves Pereira et al., 2006).

Na 2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessão a avaliação foi realizada no final de cada sessão. Todos os elementos do grupo responderam às perguntas solicitadas.

Os elementos da amostra mencionaram que as sessões deram resposta às suas reais necessidades, o que é preconizado pela literatura (Hanson, 2005). No entanto, a mesma fonte cita que vários estudos têm revelado que as intervenções, que compreendem apenas um programa educativo, podem originar mudanças sobre a quantidade de informação que os familiares possuem, mas muitas vezes, não diminuem por um longo período os problemas emocionais e a sobrecarga dos familiares/cuidadores. Também estes programas não têm muita influência sobre o ambiente familiar. Brown (1972) sugeria que um maior entendimento acerca da doença, pelos familiares/cuidadores beneficiaria o ambiente familiar, tornando-o menos conflituoso e menos crítico.

Neste trabalho de projeto foram fornecidas informações, ferramentas indispensáveis para quem cuida de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente com esquizofrenia. Durante as sessões ia-se fazendo alusão ao *self* dos elementos do grupo, especialmente durante a descrição dos sintomas. O grupo refletiu e



expressou unanimemente que associavam o comportamento do familiar doente, a uma questão de personalidade, tal como é referido pela literatura vigente (Hanson, 2005 e Gonçalves Pereira et al., 2006).

A culpabilização pela transmissão da doença mental era patente neste grupo. A informação que receberam na 3ª sessão promoveu alguma serenidade, relativamente a este sentimento (Hanson, 2005).

A informação transmitida na 4ª sessão sobre a rede social existente na área de residência e em dois concelhos da margem sul, não ficou esgotada. Foi referido pelos elementos do grupo, o impacto positivo, que esta sessão exerceu sobre eles, assim como, o fato de terem conhecido o assistente social pessoalmente, uma vez que quatro destes elementos não o conheciam. Porém dois familiares mostraram-se receosos em relação a estas instituições, referindo que “por vezes demoram muito tempo a fornecer o apoio e outras vezes nem sequer o proporcionam”.

Ao longo das sessões, nomeadamente na 3ª e 5ª sessão, abordou-se a importância da adesão terapêutica. Todos os elementos deste grupo estão sensibilizados para a importância da adesão terapêutica, não tendo sido esta identificada como necessidade real. Relativamente à prevenção de recaídas, temática abordada na 5ª sessão, os elementos do grupo foram informados e sensibilizados a pedir ajuda, no sentido de evitar recaídas e novos reinternamentos, de acordo com o estudado por Brito (2006).

Porém três elementos do grupo acrescentaram, que ainda precisavam de ter mais informação acerca das temáticas apresentadas.

Ao longo das sessões foi expressa a importância da participação em Associações Familiares, ou em Grupos de Ajuda Mútua, como forma de sensibilização da opinião pública, de promover ou desenvolver ações que visem a melhoria dos serviços públicos, da aprendizagem contínua relativamente à resolução de problemas e no aumento da rede de amigos, ou seja, em criar laços, com pessoas com interesses comuns.

Os familiares/cuidadores que cuidam habitualmente de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente com esquizofrenia, encontram-se em elevado risco de morbilidade, desencadeado pelo *stress* e pela sobrecarga. Torna-se, assim, prioritária a tomada de medidas que visem a prevenção ou redução dos sintomas acima mencionados, nestes familiares/cuidadores, para que seja possível a diminuição de recaídas, de reinternamentos e, para que sintam que se podem aventurar nesta vida com mais segurança

e melhor qualidade de vida, o que pode ser possível com a participação em programas de psicoeducação (Brito, 2006 e Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

As sessões de psicoeducação com grupos de famílias com duração de 9 meses são as que apresentam uma melhor relação custo-benefício, por comparação com vários estudos a nível de intervenções psicoeducativas (Magliano et al., 2005).

A TFC é uma intervenção com efetividade documentada, deve incluir a pessoa com alteração do estado de saúde mental e deve ter a duração de seis a doze meses. Deve ser planeada com uma sequência de módulos incluindo: psicoeducação, treino de comunicação, treino de resolução de problemas e formas de gestão de crise (Falloon et al., 1993). No treino de comunicação são abordadas quatro práticas, tais como: expressão de sentimentos agradáveis; formulação de pedidos de forma construtiva; escuta ativa e expressão de sentimentos desagradáveis.

No que diz respeito às intervenções decorrentes da execução do trabalho de projeto, as mesmas foram benéficas, permitindo desenvolver um pensamento mais reflexivo sobre a prática, ao nível dos estereótipos e do estigma; na aquisição e consolidação de conhecimentos sobre o planeamento e organização de sessões; no desenvolvimento do relacionamento interpessoal e na aquisição de competências comunicacionais.

Durante o estágio, foi realizado o acompanhamento de duas pessoas com alteração do estado de saúde mental. Ao longo das entrevistas procuramos ter uma atitude de escuta, de modo a extrair o conteúdo da sua mensagem pelos acontecimentos, o contexto, assim como pelo sofrimento e pelas emoções sentidas. A *“entrevista é um momento de empowerment para a pessoa cuidada”*, (Phaneuf, 2005:261). A entrevista deve servir para a pessoa expressar as suas emoções, através de palavras, estabelecendo-se uma relação de empatia, de autenticidade e de confrontação, de modo a ajudar o outro a analisar melhor o seu problema e a fazer sobressair possíveis soluções que possam conduzir a mudanças criativas. Foram respeitados os períodos de silêncio, que foram facilitadores da comunicação. O acompanhamento em saúde mental requer tempo, trabalho pessoal e motivação da pessoa com alteração do estado de saúde mental para progredir, a vários níveis, tais como: aumento do *insight*, do autoconhecimento, capacitando-se que o potencial está em si. De modo a poder utilizar os seus recursos acedendo a desafios, e poder gozar dos prazeres da vida, podendo sonhar e planear objetivos pessoais, em

colaboração com acompanhamento terapêutico, verificando-se momentos de avanço e retrocesso (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

As pessoas entrevistadas não tiveram dificuldade em expressar os seus sentimentos, facto que facilitou as intervenções e o delinear dos planos terapêuticos. Após a análise dos dados foram identificados alguns diagnósticos, segundo a CIPE, e estabeleceu-se um plano terapêutico, com o qual as pessoas intervenientes concordaram e se comprometeram a cumprir. Estas demonstraram alguma crítica relativamente à sua situação de saúde, embora tivessem dificuldade em estabelecer metas a atingir, de modo a resolver os seus problemas. No entanto, possuem capacidades para dar continuidade a um plano terapêutico estabelecido com o apoio dos técnicos de saúde.

#### **PARTE IV: SINTESE DAS APRENDIZAGENS**

A OE através da aquisição do título do enfermeiro de cuidados gerais reconhece a este competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção (OE, 2003).

A mesma fonte através da aquisição do título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem, nomeadamente de ensino dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança na formulação e implementação de políticas, modelos e comportamentos para a prática especializada em contexto de trabalho, de investigação, que possibilite desenvolver e progredir a prática da enfermagem (OE, 2010).

De acordo com o Regulamento 129/2011 (RCEEEESM, OE, 2010) na especificidade do exercício clínico em enfermagem de saúde mental, o que distingue esta prática de outras é o desenvolvimento de competências de âmbito psicoterapêutico.

Benner (2001), através do modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, indica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem, que são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Para esta autora, as práticas do Cuidar são fundamentais no encontro e nos esclarecimentos a um outro verdadeiro. Tornar-se um membro interveniente na prática de enfermagem, compromete este a adotar uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de

cuidar. As quais se desenvolvem pela aprendizagem e pela transmissão desse saber nos contextos de cuidados. Aludindo que, a experiência é necessária para a perícia.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 122/2011, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros partilham de um grupo de domínios de competências comuns. Os domínios das competências comuns são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais. Relativamente a este último domínio o enfermeiro deve desenvolver competências a nível de conhecimentos, aptidões e atitudes, de modo a dar resposta às seguintes unidades de competência:

- *“Deve deter uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;*
- *Deve ser capaz de gerar respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;*
- *Deve responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagens, em contextos de trabalho, na área da especialidade;*
- *Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;*
- *Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no contexto de trabalho”.*

(Regulamento n.º 122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, OE, 2010:8653).

Neste capítulo procuraremos refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista e mestre de saúde mental, desenvolvidas ao longo deste trabalho de projeto, tendo por base o Artº 4º, do Regulamento 129/2011 (RCEEEESM, OE, 2010:4), e do Decreto-Lei 74/2006 (Graus e Diplomas de Ensino Superior/Processo Bolonha), alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008 e pelo 230/2009.

## **1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

### **Competência I**

**Detêm um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional.**

Durante o Mestrado foram importantes os momentos de partilha tanto na escola; com os professores e colegas, como no local de estágio; com a enfermeira orientadora, com a equipa multidisciplinar e com os utentes/familiares. A enfermeira orientadora enquadrar-nos no contexto da prática clínica, de forma a facilitar a nossa implicação no cuidar, como refere Benner:

“a implicação maior na educação dos profissionais de enfermagem reside no fato de as enfermeiras principiantes necessitarem de ser enquadradas no contexto da prática clínica. Necessitam de ajuda, por exemplo, em matéria de prioridades, porque vão agindo em função dos critérios gerais e começam agora a conhecer situações repetitivas características no quadro da prática clínica” (2001:52).

A mesma autora, através do Modelo de Dreyfus, de aquisição de competências aplicado à enfermagem, identifica que, para a aprendizagem e para o progresso de uma competência, um estudante cruza cinco níveis consecutivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. De acordo com este modelo, enquadramo-nos no nível I, ou seja, de *Iniciado*; “no qual os iniciados não têm nenhuma experiência das situações com que eles possam ser confrontados” (Benner, 2001:48). Uma estudante de enfermagem e um enfermeiro que inicia funções num serviço, estão ambos neste nível.

Esta implicação no contexto da prática clínica e os momentos de partilha favoreceram a nossa autorreflexão, ajudando-nos a questionar o nosso “eu”, a nossa prática, permitindo-nos desenvolver competências ao nível do autoconhecimento, ao nível emocional e comunicacional. Benner alude que a consciência percetiva é um componente fundamental de um bom pensamento de enfermagem, e “o fato de não saber quem somos, e quem somos agora, colocará gravemente em perigo o que nós queremos vir a ser” (2001:24).

De acordo com esta reflexão, ao modificar o modo de pensamento, também é possível alterar os sentimentos, tornando-os produtivos. Como enuncia Sequeira “*os pensamentos originam os sentimentos e, se mudarmos os pensamentos mudamos os sentimentos*” (2000:31). Esta confiança “*surge por fazer algo e nunca por evitar algo*” (2000:32), assim os acontecimentos bons e menos bons da nossa vida devem ser olhados como geradores de mudança no sentido do crescimento e amadurecimento pessoal. Esta formação académica, e consequentemente este trabalho de projeto, despertaram em nós a autorreflexão, a consciencialização da importância de dar mais tempo a nós mesmos. E sentindo-nos responsáveis pelo controle do nosso destino de uma forma mais conhecedora, espontânea e autónoma, sentimo-nos capazes de explorar o nosso potencial, visando um projeto de vida (Phaneuf, 2005). Sequeira refere que “*em grande parte, a vida dá-nos aquilo que lhe pedimos (...). É a forma como se encara a vida que diferencia as pessoas no sucesso*” (2000:31).

Como numa relação a comunicação não se limita ao aqui e agora, mas possibilita a inclusão de fatos passados com projeção para o futuro. Neste momento estamos mais atentos e disponíveis para os fenómenos que podem ocorrer durante a comunicação, nomeadamente de transferência e contra transferência. Como refere Phaneuf (2005), a comunicação é um modo de produzir, recriar, partilhar informação, de colocar sentimentos e emoções entre as pessoas. Defende também, que a presença calorosa e tranquilizadora da pessoa pode ter uma influência muito positiva sobre si mesma. A escuta, o toque e as palavras de compreensão são elementos indispensáveis à comunicação e permitem solidificar a relação. Escutar é estar atento ao outro, às palavras que saem da sua boca e à sua expressão não-verbal, exteriorizando-lhe com humildade o nosso respeito. Sem escutar é impossível dialogar e refletir, juntos, as razões do outro, mesmo quando as razões do outro não vão ao encontro das nossas convicções. Segundo Torralba “*essa escuta pode causar dor, bem no fundo de nós, mas faz-nos crescer em todas as direções*” (2010:18).

Cada pessoa é um ser diferente, com a sua história de vida, com as suas necessidades. É nesta individualidade e simultaneamente na dualidade da relação, que vamos conhecendo melhor o nosso *self*, preservando cada vez mais a autenticidade, a assertividade e a congruência na relação com o outro e conosco. Não julgar, mas questionar, aludido por Torralba, esta descoberta por vezes é dolorosa, mas transporta para a reflexão, que por sua vez conduz ao amadurecimento, à confiança. O autor acima mencionado refere “*não somos o que escutámos, mas o que escutámos molda aquilo que*

somos” (2010:35), (...) *“os frutos da escuta são a virtude da clareza, os dons do conselho, da docilidade, da amabilidade, da delicadeza e do conhecimento de si próprio”* (2010:162), é assim que crescemos interiormente, manifestando-o com comportamentos, pensamentos mais congruentes e assertivos, que contribuem para o estabelecimento de relações de confiança e de parceria com o utente, permitindo também aumentar o *empowerment* acerca das suas dúvidas e a aptidão para encontrar novas soluções. Para que isto seja possível, o enfermeiro tem de se sentir implicado nesta relação. O enfermeiro deve atuar como um *“mediador psicológico e cultural, usando objetivos com um fim terapêutico, esforçando-se por estabelecer e manter um ambiente terapêutico”*, (Benner, 2001:92).

Sequeira alude que cada pessoa é um *“instrumento de si própria”* (2000:46), portadora de recursos, que muitas vezes se encontram por descobrir. Sentimos que o nosso caminho está no início, temos muito para descobrir em cada um de nós, para que o nosso desempenho profissional e pessoal seja cada vez mais consciente e eficiente. De acordo com Peplau (1992), o planeamento das atividades para alcançar os objetivos é uma experiência que renova a energia em atividade produtiva. A nossa energia deve-se transformar em atividade produtiva na descoberta dos nossos recursos e na desmontagem das nossas ansiedades e medos, para que cada pessoa possa ser um ser livre e não um ser prisioneiro a estereótipos. Temos plena consciência que escolhemos a especialidade que mais nos realiza. O aporte teórico e as experiências que temos vivenciado ao longo deste trabalho de projeto, têm contribuído para o nosso crescimento pessoal e profissional, ajudando-nos a caminhar para a excelência, o que é corroborado pelo RPQCEESM:

*“a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico (...) a formação e a preparação do enfermeiro Especialista em Saúde Mental, permite-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção, referência ou consultoria com outros profissionais de saúde”* (OE, 2011:2-3).

## Competência 2

### **Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.**

O enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, em grupos e na comunidade. Cada pessoa é um ser

exclusivo, com uma história e um projeto de vida que muitas vezes é confinado a incentivos, nos quais a competência que pode conduzir ao êxito na sua decisão habita nas suas capacidades de apropriação (RCEEEESM, OE, 2010). O enfermeiro especialista de saúde mental na sua prática diária, conduzido pelo conhecimento de enfermagem, suportado na evidência científica, atua no sentido da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde mental, num contexto de proximidade, promovendo a capacitação e a participação ativa das pessoas, tendo em conta uma abordagem holística e respeitando os princípios éticos (RCEEEESM, OE, 2010).

De acordo com Benner:

*“as enfermeiras em psiquiatria, para serem eficazes, devem avaliar o potencial de recuperação do doente. Esse sentimento daquilo que é possível para um indivíduo serve, ao mesmo tempo, de guia para os objetivos e as estratégias de tratamento. O potencial de recuperação não é um ideal, mas uma avaliação realista baseada na ideia de que um indivíduo tem potencialidades”* (2001:130).

Estes profissionais são detentores de um *saber fazer*, conquistado através da experiência, concomitantemente com um saber teórico, suportado em fundamentos educativos, que na presença de um problema são capazes de alcançar uma solução para este, de um modo diferente de outro enfermeiro, sem ser especialista. Este *saber fazer* é uma ferramenta essencial para a perícia. A autora *supracitada*, quando descreve o modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, refere que um estudante, ou um enfermeiro que inicia funções num serviço, tem de ultrapassar cinco níveis, sucessivos de competências para poder aprender e progredir a este nível (Benner, 2001).

O cuidar do outro é o ir ao encontro das suas necessidades, estabelecendo uma aliança terapêutica no sentido de promover a autonomia, o aumento do *insight* e do *empowerment* para que as pessoas possam atingir os seus objetivos e ter vidas produtivas (Alto Comissariado da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

O enfermeiro especialista de saúde mental trabalha num contexto de proximidade, para e com a população no sentido de lhes dar resposta às necessidades, especialmente no acesso a cuidados de saúde seguros e justos, integrados e coordenados, assegurando a continuidade de cuidados, visando a integração a nível social e comunitária.

O profissional de saúde detém saberes de enfermagem fundamentados na evidência e a pessoa com alteração do estado de saúde mental/família possui conhecimentos ancorados nas suas vivências, devendo ser respeitados e considerados como nossos parceiros no cuidar. Como é indicado por Benner a pessoa com alteração do estado



de saúde mental/família/cuidadores tem de se sentir comprometidos no tratamento, para que se possam sentir úteis. É através da complementaridade de conhecimentos que o cuidar se torna mais personalizado. Neste contexto, respeitando os princípios éticos, a confidencialidade e o direito à privacidade, o profissional é o mediador para o desenvolvimento de competências (adesão terapêutica, resolução de problemas, aumento da autoestima, aumento da autonomia, entre outros), inculcando nestas pessoas a esperança de poderem ter vidas socialmente ativas (2001).

Ao longo do estágio na UIC da margem sul, intervimos no PRISMA, através da realização de sessões, para as pessoas com alteração do estado de saúde mental que estavam inscritas neste projeto. Estas sessões tiveram como objetivo a promoção da adesão terapêutica, de estilos de vida saudáveis e de mudanças de comportamento, o aumento do *insight* e a promoção da cidadania. Durante as sessões estiveram atentos, disponíveis para ouvir e participaram empenhadamente. ´

Para além destas sessões realizamos no internamento da Unidade Hospitalar da margem sul, uma sessão de grupo, cujo objetivo centrou-se na expressão de sentimentos, após a degustação de um sabor doce e um sabor amargo. Os elementos do grupo também participaram ativamente e espontaneamente.

Todas estas sessões permitiram-nos desenvolver competências a nível emocional, de autoconhecimento, de comunicação, de autoestima e no estabelecimento de relações terapêuticas.

### Competência 3

**Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.**

Os enfermeiros especialistas de saúde mental, ao exercerem funções nos cuidados de saúde primários, focalizam-se na promoção e na reabilitação da saúde mental da pessoa com alteração a este nível, inserida na família, grupo e comunidade. Como ferramentas utilizam-se os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). Para podermos ajudar o utente/família/cuidadores, temos de identificar as suas necessidades, e assim, poder intervir no sentido de aumentar nestes o *insight*, a autoestima e a responsabilização pela evolução da sua situação de saúde. Uma das funções do enfermeiro deve ser de estimular, as pessoas com alteração do estado de saúde mental/família/cuidadores, a responsabilizarem-se pela sua saúde, tomando conta de

si mesmas, (Benner, 2001). Deste modo fomenta-se a *recovery*, que é um procedimento essencialmente pessoal de crescimento no conhecimento e aceitação da doença mental, tornando-os proactivos na melhoria da sua qualidade de vida, o que é benéfico na redução de recaídas e na diminuição de reinternamentos (RPQCEESM, OE, 2011). O enfermeiro especialista em saúde mental deve respeitar os princípios éticos e incutir na pessoa com alteração do estado de saúde mental a esperança, o otimismo relativamente à sua capacidade de decisão, ao cumprimento de objetivos a que se auto propõe, e a conseguir ter uma vida socialmente ativa.

Neste contexto de reabilitação acompanhamos duas pessoas com alteração do estado de saúde mental, uma em contexto hospital e outra em contexto comunitário, nas unidades já mencionadas ao longo deste trabalho de projeto, segundo o RPQCEESM:

*“a avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do conhecimento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção de diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente”* (OE, 2011:2).

Em contexto hospitalar, realizamos três entrevistas e uma após a alta na UIC da margem sul. Ao longo destas entrevistas, estabeleceu-se uma relação terapêutica. Foram identificadas as necessidades da pessoa e estabelecido um plano de cuidados, de modo a emergirem soluções. Pretendemos, ser o elo de ligação entre este serviço e a comunidade, para que a integração desta, seja a mais adequada possível ao nível da reinserção e reabilitação, quer a nível familiar, como social.

Na unidade comunitária da margem sul, acompanhamos uma pessoa com alteração do estado de saúde mental e efetuamos cinco entrevistas. O objetivo deste acompanhamento foi a identificação das suas necessidades para o estabelecimento de um plano de cuidados, que incluía o sair de casa, o fazer caminhadas e aprender estratégias de *coping*, para lidar com as alucinações, que lhe causam angústia e sofrimento. A relação terapêutica é a pedra angular no exercício de enfermagem, e, citado pelo RPQCEESM:

*“a relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de vida. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual”* (OE, 2011:17).

No decorrer destas sessões foram alcançados alguns objetivos. Pretendemos seguidamente articular com a equipa multidisciplinar, de modo a traçar um plano de cuidados, que seja facilitador para a comunicação intrafamiliar. O cuidar de pessoas com alteração do estado de saúde mental/famílias/cuidadores tem de ser numa perspetiva multidisciplinar e em parceria com outras instituições (Brito, 2011), para que este cuidar seja mais eficaz na otimização da saúde mental.

Com estas intervenções desenvolvemos competências a nível do aumento do conhecimento da técnica da entrevista, na comunicação, no relacionamento interpessoal, no autoconhecimento, na perseverança.

#### Competência 4

**Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter e recuperar a saúde.**

Psicoeducação é uma intervenção na qual se trabalha com famílias, podendo o doente estar ou não incluído. Este tipo de intervenção pode também ser designado só a pessoas com alteração do estado de saúde mental. Tem vários objetivos, entre os quais, a redução dos níveis de *stress* no ambiente familiar, oferecendo conhecimentos acerca da doença mental, nomeadamente informação sobre sinais e sintomas, sinais precoces de recaídas, estratégias de *coping*, rede de apoio social, entre outros. Pretende-se desenvolver competências nas pessoas com alteração do estado de saúde mental e nos seus familiares/cuidadores, através da aquisição de conhecimentos, que possam servir de ferramentas no aperfeiçoamento do seu cuidar, ao seu familiar. Deste modo a psicoeducação recai na literacia em saúde mental, em que esta expressa o “*acesso das pessoas à informação em saúde mental e a sua capacidade de usá-lo efetivamente, promovendo o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural e mantendo a boa saúde*” (RPQCEESM, OE, 2011:15 e Gonçalves-Pereira, 2011).

Nesta perspetiva, os enfermeiros são os profissionais ideais para participarem neste tipo de intervenções, porque são os que, estão mais próximos das pessoas com alteração do estado de saúde mental e de suas famílias/cuidadores, nos vários ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, o que é afirmado por Brito (2006) e por RPQCEESM (OE, 2011).

Benner reforça esta opinião ao declarar que as funções, de educador e de guia, incluem-se nos domínios de enfermagem. Para exercitar estas funções, é essencial saber como a pessoa com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores, compreendem a doença, como a aceitam e quais as implicações no seu dia-a-dia. O enfermeiro deve capacitar estas pessoas, proporcionando a aprendizagem de estratégias que lhes permitam, voltar a ter uma vida ativa, utilizando os seus recursos internos (2001).

Neste trabalho de projeto foram realizadas sessões de psicoeducação, de grupo, sem inclusão do doente. Através destas pretendemos dar ênfase à importância da partilha de emoções, vivências no grupo, para que estes familiares/cuidadores sentissem que não estão sozinhos no cuidar. Assim como, à transmissão de conhecimentos acerca da Lei de Saúde Mental, N° 36/98, de 24 de Julho; dos sinais e sintomas da doença mental; sinais de alerta para prevenir a crise e informação acerca da rede social que existe na zona de residência. O desenvolvimento de competências nestes elementos vai causar repercussões, de modo indireto no familiar com alteração do estado de saúde mental.

Segundo Peplau *“a identificação das necessidades só é possível quando a enfermeira e o paciente se comunicam numa relação interpessoal”* (1992:70). Deste modo, o enfermeiro, a pessoa com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores devem conhecer-se, respeitarem-se reciprocamente e organizarem formas de resolver as dificuldades em conjunto. Nesta relação terapêutica, pretende-se que a pessoa com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores sejam capazes de identificar as suas necessidades, delinear objetivos, que possibilitem o seu progresso e que sejam geradores de satisfação. Estas experiências contribuirão como reforço positivo, de modo a aumentar a autoestima, o *insight* e o *empowerment*.

Nas primeiras sessões sentimos algumas dificuldades em liderar o grupo. Estas dificuldades foram sendo superadas ao longo das sessões, através da aprendizagem com as experiências vividas. De acordo com o modelo Dreyfus, descrito por Benner, encontramos-nos no nível de iniciado, neste contexto de cuidados. A mesma autora consigna que é *“preciso alimentar os conhecimentos adquiridos pela experiência sistemática das capacidades de reconhecimento, assim como o melhoramento da precisão e do consenso à volta da linguagem descritiva”* (2001:13).

O despacho nº 10321/2012 menciona o reconhecimento acerca da: *“importância dos profissionais de enfermagem nos cuidados de saúde primários, uma vez que estes podem assumir um papel de dimensão compatível com as suas atuais competências e*

*conhecimentos, quer na promoção de saúde e na prevenção da doença, quer na gestão da doença crónica” (2012:27140).*

Decorrente deste aporte teórico de conhecimentos que obtivemos durante as aulas, do que pesquisamos e das experiências vivenciadas durante o estágio, cuidar da pessoa com alteração do estado de saúde mental com vista à otimização da saúde mental e reinserção social é possível, desde que se repliquem unidades de intervenção comunitária, com programas de reabilitação em ambulatório, quer para esta, como para os seus familiares/cuidadores. Estas unidades têm como objetivos o desenvolvimento de atividades a nível do tratamento e reabilitação em saúde mental, na comunidade. Através da rentabilização dos recursos que existem na comunidade, devemos responder às necessidades da população, tornando mais humanizados os cuidados prestados, diminuindo a estigmatização e o criticismo, promovendo maior proximidade há comunidade, assim como uma melhor participação e reinserção social, aumentando deste modo a qualidade de vida da pessoa com alteração do estado de saúde mental e dos seus familiares/cuidadores. Estas intervenções passam pela psicoeducação através de programas de reinserção social, estruturados para as pessoas com alteração do estado de saúde mental; ou para grupos de familiares/cuidadores, incluindo ou não o doente. Podem ser de cariz individual ou grupal. Estas unidades são constituídas por uma equipa multidisciplinar, que trabalha em parceria com outras instituições, a nível da referenciação e supervisão de casos clínicos. Brito reforça este procedimento quando cita que: *“para serem bem-sucedidas as intervenções psicoeducativas para famílias pressupõem o trabalho em equipa multidisciplinar, e em muitos casos envolvendo a articulação entre vários tipos ou níveis de instituições e serviços” (2006:23).*

Todo este trabalho permitiu-nos desenvolver competências ao nível emocional, na comunicação em grupos, na capacidade reflexiva e interventiva.

## 2. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

### Competência 1

#### **Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

A enfermagem é uma profissão através da qual se vivencia uma relação de mudança recíproca e dinâmica entre a pessoa que é alvo dos cuidados/família e o profissional de enfermagem. Pelo que a prática clínica de enfermagem significa cuidar do outro, indo ao encontro das suas necessidades, que podem ser fisiológicas, psicológicas e sociais (RPQCEESM, OE, 2011).

Para Collière:

*“cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (1989:235).*

Nesta perspetiva, o processo da relação é terapêutico e educativo: a pessoa pode recuperar a sua saúde ao mesmo tempo aprende novos meios para resolver os seus problemas e para enfrentar as crises (Benner, 2001). O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, desenvolvendo competências e responsabilizando a pessoa cuidada/família, de modo a que esta tenha um papel ativo na promoção e prevenção da sua saúde/doença. A arte de comunicar com doente é complexa, mas fundamental para a prática de enfermagem (Phaneuf, 2005). Esta permite criar um ambiente seguro e um clima de confiança que leva o doente a expressar sentimentos, ansiedade e medos.

De acordo com o que foi descrito, o *saber fazer* obtém-se através da experiência e pela transmissão, do mesmo, nos contextos de trabalho. Os enfermeiros devem ser intervenientes ativos na prática de enfermagem.

O modelo Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem, indica que podemos obter a especialização, mercê da experiência. Este possibilita a aplicação de um plano de desenvolvimento profissional, aliando as competências e os conhecimentos obtidos pela experiência. É dinâmico, um enfermeiro pode agir numa situação como iniciado e noutra como perito, resultante da sua experiência (Benner, 2001).

De acordo com a mesma fonte:

*“ a perícia desenvolve-se quando o quadro clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações de prática real. A decisão tomada por uma enfermeira para a resolução de um problema será desigual de uma enfermeira principiante, em que esta tomada pode estar relacionada com a expectativa vivida, ou seja o saber-fazer (2001:32).*

O conhecimento prático adquire-se com o tempo e com a experiência vivida. Os enfermeiros peritos são detentores de uma enorme experiência, compreendendo de modo empírico cada situação e detêm diretamente o problema. Esse *saber fazer*, aliado ao conhecimento teórico ajuda na melhoria do processo da tomada de decisão, adaptando-o a qualquer situação que possa surgir, conduzindo ao desenvolvimento de novos conhecimentos, que vão ampliar o campo de ação dos enfermeiros peritos, no sentido da excelência. Tal está consignado no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009, artº 78º:2), que nos fala dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, que procuram orientar *“a excelência do exercício na profissão em geral”*.

Os enfermeiros peritos têm confiança na sua própria capacidade, e excecionalmente entram em pânico. Estes *“trabalham com o olho no futuro”* (Benner, 2001:128).

Estes detêm uma riqueza de experiências que lhes permitem identificar os problemas, estabelecer as prioridades e delegar. Operam como líderes, respondendo a todas as necessidades, quer a situação seja simples ou complexa. Os enfermeiros peritos aprender a organizar, planificar e coordenar as diferentes necessidades dos doentes e da equipa, adequando continuamente as prioridades às modificações das situações. Para que isto seja possível é fundamental o trabalho em equipa. O objetivo da gestão do pessoal de enfermagem deve assentar na organização dos serviços, promovendo a constância do pessoal nos serviços, de modo a otimizar as *performances* clínicas ao mais alto nível.

Segundo Benner, em enfermagem deve-se *“diminuir a segmentação dos cuidados e aumentar a responsabilização e a visibilidade da enfermeira de referência ou enfermeira responsável”* (2001:186).

## Competência 2

### **Realize desenvolvimento autônomo de conhecimentos e competências ao longo da vida em complemento às adquiridas.**

Ao longo do nosso percurso pessoal e profissional fomos ajustando as nossas necessidades de formação, de acordo com a área em que nos sentíamos mais realizados.

Deste modo a autoformação tem-se direcionado no sentido de dar resposta às nossas necessidades pessoais e profissionais, de modo a aumentar a nossa segurança no cuidar do outro. De acordo com Sequeira:

*“a possibilidade de desenvolvimento no plano afetivo, fisiológico, social, espiritual, intelectual e material é um processo que pode nortear uma vida inteira e que está sempre em construção. É tomar o destino nas próprias mãos, embora sabendo que a maior parte das variáveis de um sistema não é controlável e que a vida é uma aventura” (2000:3).*

Nóvoa (1988) e Canário (2005) defendem que a formação é de quem se forma, devendo a pessoa em formação encontrar o sentido para a mesma. É imprescindível *viver* o que se aprende! A verdadeira aprendizagem passa pela conceptualização da prática; da ação ao conceito e depois do conceito para a ação refletida e modificada (Jeanguiot, 1999). Bento (2001) destaca a importância do desenvolvimento ou aquisição de instrumentos conceptuais e competências, que permitam aos enfermeiros conceberem /decidirem sobre os cuidados a prestar à pessoa, em função de cada situação concreta e simultaneamente pensar e agir nos contextos de trabalho. Esta competência é ainda mais relevante quando falamos em enfermagem especializada.

A autoformação é uma ferramenta que ajuda o desenvolvimento de competências, que conduzem a boas práticas. Deste modo, a pessoa está pronta para escolher o que quer aprender.

Para além da autoformação, a formação em contexto de trabalho, com apresentação de casos clínicos, promove a aprendizagem de conhecimentos clínicos a partir da experiência. Os enfermeiros adquirem conhecimentos através da sua prática diária e com a narração das experiências de outros enfermeiros, nomeadamente dos peritos e proficientes (Benner, 2001).

Além de investirmos no crescimento pessoal, também é nosso objetivo desenvolver e solidificar conhecimentos no âmbito da saúde mental, através da realização de cursos, ações de formação, entre outros.



### Competência 3

#### **Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

Enfermagem é uma profissão de relação, na qual os enfermeiros se focalizam nas necessidades da pessoa humana. Para assegurar a continuidade dos cuidados, por vezes, é necessário referenciar o doente/família para outros profissionais de saúde, ou instituições. Daí a necessidade de trabalhar em parceria; com os outros profissionais, dentro da unidade de saúde (médicos de família, psicóloga, assistente social, entre outros), com instituições locais (junta de freguesia, paróquia, associações) e hospital de referência, através da elaboração de manuais de procedimentos, estabelecimento protocolos, implementação de grupos de psicoeducação, de grupos de autoajuda (Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., 2008). Os profissionais de saúde devem ser facilitadores na acessibilidade aos serviços, desenvolvendo uma política de cuidados continuados e garantindo a complementaridade dos recursos face às necessidades do utente/família. Os recursos da comunidade também não devem ser negligenciados, pelo que os profissionais de saúde devem ajudar o doente/família a identifica-los e a mobilizá-los.

A Ordem dos enfermeiros (RPQCEESM) refere que:

*“a formação e preparação do enfermeiro especialista em saúde mental, permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção, referência ou consultoria com outros profissionais”* (2011:3).

### Competência 4

**Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

### Competência 5

**Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

### Competência 6

**Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

Resposta à competência nº 4,5 e 6.

O Relatório Mundial de Saúde Mental: nova compreensão, nova esperança (OMS, 2001), expressa que a maioria dos países necessita de aumentar a formação de profissionais especializados para a saúde mental, que irão prestar cuidados especializados nos cuidados de saúde primários. Deviam ser constituídas equipas especializadas em cuidados de saúde mental, que incluem psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, com o objetivo de trabalhar em equipa multidisciplinar, tendo em vista identificar as necessidades das pessoas com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores e promover a sua integração na comunidade.

Através desta formação académica, adquirimos novos conhecimentos e ferramentas que promoveram em nós a capacidade de refletir na possibilidade de abraçar novos trabalhos de projeto. Do ponto de vista epistemológico, o trabalho de projeto, pode ser relatado como uma metodologia que vai ao encontro das preocupações. Esta metodologia centra-se na resolução de problemas, origina uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática (Leite et al., 1991).

Os estudos devem centrar-se em problemas, a partir de necessidades reais das pessoas e elaborarem-se sob a forma de projetos, que de preferência devem ser orientados pelos participantes (Arfwedson, 1978). Ou seja, para que a aprendizagem aconteça de forma eficaz, é essencial que sejam os próprios a encontrar as respostas para os problemas que querem resolver. Na metodologia de projeto existe uma relação dinâmica entre a teoria e a prática e há uma aprendizagem ativa do sujeito, que se encontra realmente envolvido- é *o aprender a aprender* (Botelho, 1996). Esta metodologia não é imutável, mas suscetível de reformulações de acordo com a experiência vivida.

Os enfermeiros integram o maior grupo de prestadores de cuidados, numa instituição. Cabe a cada profissional, na sua área de intervenção e no seu contexto de trabalho, eleger os meios e as estratégias mais adequadas para colmatar os problemas que possam surgir, de forma alicerçada na evidência, de modo a poderem ser avaliados os ganhos em saúde, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos.

Por vezes, os enfermeiros não incluem nos seus procedimentos os resultados da investigação atual e valorizam pouco a sua experiência clínica, não transmitindo aos outros estes resultados. Além de que os resultados muitas vezes não são divulgados, por exemplo através de artigos de investigação, entre outros, *“os progressos científicos mudam tanto o prognóstico como os cuidados com os doentes”* (Benner, 2001:218).

O conhecimento é essencial para a prática. A prática baseada na evidência contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro, mestre em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, é detentor de competências na procura permanente da excelência no exercício profissional, devendo envolver-se em projetos de investigação que promovam o desenvolvimento de competências dentro da sua especialidade, aglutinando as novas descobertas de investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência. De acordo com o RPQCEESM “ *a formação e preparação do enfermeiro ESM, permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado à acerca das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde.* (OE, 2011:3).

A autora supracitada refere, que uma experiência individual pode possuir robustez suficiente para subsidiar um modelo ou paradigma. No entanto:

*“uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no saber-fazer das enfermeiras peritas, mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência”* (2001:).

Citado por Townsend, ANA (2001) instituiu um código de ética para os enfermeiros usarem como suporte para fazer escolhas e decisões éticas, assim como:

*“ o enfermeiro participa no progresso da profissão através de contribuições para a prática, educação, administração e desenvolvimento do conhecimento e colabora com outros profissionais da saúde e com o público promovendo esforços comunitários, nacionais e internacionais para colmatar as necessidades de saúde ”* (2011).

A enfermagem é também uma profissão que envolve o ensino, exigindo conhecimento na área da Educação/Formação, para a excelência do cuidar, o que é afirmado por Tomey/Alligood:

*“a expressão do conhecimento sugere um entendimento adquirido através da aprendizagem ou investigação do que se sabe acerca do conteúdo de uma disciplina. O conhecimento pode basear-se em factos ou pode ser baseado na teoria, o que é mais experimental e sujeito a mudanças, na medida em que a teoria é testada e desenvolvida”* (2008:8).

Neste sentido, o exercício da profissão não se concebe descontextualizado das Políticas de Saúde, de normas reguladoras da profissão, de Investigação e de Epistemologia.

A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada, através da inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde. Este controlo é essencial para validar a eficácia dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental e, além disso, reforçar os motivos a favor da verba ajustada de recursos (OMS, 2001).

Agrupada à qualidade, a CIPE constitui uma ferramenta de informação para identificar o contributo da Enfermagem para os resultados em saúde, narrar a prática de enfermagem e fornecer dados representativos da prática de enfermagem para Sistemas Abrangentes de Informação em Saúde, com o fim de produzir novo conhecimento para a melhoria da qualidade do cuidar (INC, 2006). Benner certifica a importância da linguagem oral e escrita estarem sincronizadas à realidade do exercício de enfermagem, para que seja possível a investigação, a qual tem um papel predominante na afirmação da Enfermagem na comunidade científica (2001).

Os profissionais de saúde e investigadores estão atualmente a verificar os efeitos mútuos entre a família e a doença, dentro de um contexto sociocultural. Numa família, a cultura e os sistemas de crenças podem influenciar a perceção de doença mental e o cuidar de um familiar com alteração do estado de saúde mental (Lefley, 1990). Os enfermeiros devem demonstrar respeito e interesse pelas crenças culturais da família, promovendo a confiança e o envolvimento da família no plano terapêutico instituído (Hanson, 2005:339). Este é um desafio para os profissionais de saúde mental iniciarem, contribuírem e/ou sustentarem a investigação para a promoção de enfermagem baseada na evidência. A prática baseada na evidência depende da capacidade coletiva dos profissionais de saúde desenvolverem um pensamento crítico e uma aprendizagem contínua. Este pensamento crítico é um procedimento cognitivo de transformação do conhecimento através da ação, que envolve o questionamento, a procura de informação, a pesquisa, a síntese e o plano de conclusões, ou seja a aplicação do processo de enfermagem. O enfermeiro pode basear-se em manuais de enfermagem, em experiência pessoal e como fontes de informação podem recorrer à conversa com os colegas, com os médicos, a livros, a artigos de revistas de Enfermagem Nacionais e a pesquisa na internet.

Na vigente conjuntura da reestruturação da saúde, deve ser evidenciada a pertinência da teoria e da investigação na promoção, na prevenção da saúde mental nas famílias e o tratamento da doença aguda e mental no contexto familiar. Como menciona

Hanson; *“a investigação sobre as famílias é necessária para dar apoio empírico ao financiamento de serviços baseados na família”* (2005:342).

O ensino de enfermagem deve conceder no seu plano curricular, uma maior visibilidade, à saúde mental dos sistemas familiares, uma vez, que nos vários contextos clínicos da prática de enfermagem, os enfermeiros lidam com famílias que enfrentam problemas de saúde mental.

Porém a instrução da população também é preciosa, pois as pessoas necessitam de estar mais conscientes, acerca da sua função na sua própria saúde e na saúde dos membros da sua família.

## CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma patologia mental crónico-degenerativa, sendo a sua prevalência a nível mundial cerca de 1%, podendo esta surgir em qualquer momento da vida da pessoa (OMS, 2002). Está reconhecida em todo o mundo e afeta todas as classes sociais e raças (Afonso, 2002). Esta alteração do estado de saúde mental tem enormes custos individuais, emocionais e sociais. Concebendo uma ameaça à vida e ao bem-estar individual e familiar (Townsend, 2011).

Com o processo de desinstitucionalização, que tem vindo a ser tomado desde a segunda metade do século XX, o número de pessoas com alteração do estado de saúde mental a viverem com os seus familiares, tem vindo a aumentar (Terra et al., 2006). Estas para além do tratamento farmacológico, precisam de psicoterapia, a longo prazo (Townsend, 2011).

O aparecimento desta patologia, na família, faz com que esta vivencie sentimentos de, negação, tristeza, isolamento, culpa, provocando uma rutura na rotina familiar. Os familiares/cuidadores passam a pôr as suas necessidades e escolhas em segundo plano, para cuidar da pessoa com alteração do estado de saúde mental, sentindo-se sobrecarregados. O transtorno emocional e psíquico causado nos familiares/cuidadores por vezes é tão forte, como aquele que atinge a pessoa com alteração do estado de saúde mental (Palmeira et al., 2009). Os estudos de McGiloway et al. (1997) concluíram que a elevada sobrecarga destes familiares/cuidadores pode concorrer para que eles desenvolvam alterações psicopatológicas, sendo a depressão a mais frequente.

Deste modo, o familiar/cuidador não pode ser esquecido, usualmente necessita de apoio e de desenvolvimento de competências acerca de sinais e sintomas da doença, deteção de sinais de crise, promoção da adesão à medicação, adoção de estratégias de *coping*, entre outros (Gonçalves-Pereira et al., 2011). Todo este trabalho deve ser desenvolvido pelo enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, na comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da família, a redução no número de recaídas e de reinternamentos.

Neste trabalho de projeto a problemática centrou-se na identificação das necessidades dos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado mental, especificamente esquizofrenia, inscritos na UIC e na UCSP da margem sul. A amostra foi constituída por oito familiares/cuidadores e o tipo de amostragem é não probabilística. O presente trabalho foi de carácter exploratório-descritivo, utilizando a análise qualitativa e quantitativa.

Nos elementos constituintes da amostra deste trabalho de projeto o sexo feminino foi o que se encontrou em maior percentagem (63%). O grupo etário mais retratado situou-se entre os 60-70 anos, apresentando uma situação laboral não ativa (75%). Relativamente ao estado civil o grupo mais figurativo foi o dos casados (75%). O grau de escolaridade mais representativo correspondeu ao 1º ciclo (50%). O grau de parentesco com o doente, podemos verificar que 50% da amostra correspondeu às mães. No contacto diário com o doente, 62% circunscreve-se a um contacto de 24H/dia.

Podemos constatar que estes familiares/cuidadores encontravam-se em sobrecarga, tanto objetiva, como subjetiva (Xavier et al., 1997). Tal leva a que os mesmos sintam necessidade de apoio e de informação acerca dos sinais e sintomas da doença do seu familiar, de como detetar precocemente situações de crise e o modo de atuar. Outras necessidades identificadas foram a vigilância médica e de enfermagem e o conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade.

As necessidades identificadas na amostra do presente trabalho de projeto, vão ao encontro do identificado por Barroso et al. (2007) e Gomes/Mello (2012). Estes autores mencionam ainda que as avaliações dos programas de saúde pública só serão completas, quando integrarem a participação dos familiares/cuidadores e a sobrecarga decorrente dessa função.

Uma vez identificadas as necessidades da mostra deste trabalho de projeto, pretendeu-se dar resposta às mesmas, com o objetivo geral de promover o

desenvolvimento de competências nos familiares/cuidadores, no lidar com a pessoa com alteração do estado de saúde mental, especificamente esquizofrenia, através de sessões psicoeducativas, que irão promover nestes, uma maior capacitação no lidar com o seu familiar doente. Assim, como relata Gomes/Mello (2012), os enfermeiros devem envolver os familiares/cuidadores no cuidado à pessoa com alteração do estado de saúde mental, identificando e valorizando as necessidades existentes na família e estabelecer estratégias para as diminuir. É importante despertar a adesão do familiar ao tratamento, pois uma família envolvida nos cuidados reduz o risco de recaída, e naturalmente, as dificuldades no ambiente familiar (Palmeira, 2009).

De acordo com Yacubian (2009), Gonçalves Pereira et al., (2006), e reforçando o que foi anteriormente descrito, as sessões psicoeducativas para familiares, têm desenvolvido competências nestes, no sentido de transmitir conhecimentos acerca da doença, criando uma maior proximidade entre o profissional e estes familiares/cuidadores, inculcando nestes segurança e otimismo.

As sessões psicoeducativas realizadas no contexto do presente trabalho, destinaram-se aos elementos da amostra. Foram de cariz grupal e tiveram como objetivos específicos: transmitir informação; fomentar uma atitude mais esclarecida e informada sobre a doença; promover a expressão livre de emoções e afetos; favorecer a troca e partilha de experiências; estimular a capacidade reflexiva; promover estilos saudáveis e mudanças de comportamentos; promover a compreensão e aceitação da doença mental; favorecer o sentimento de pertença a um grupo e permitir o esclarecimento de dúvidas e ensino de estratégias.

Foram realizadas cinco sessões quinzenais, com a duração de 1 hora e 30 minutos e sem a presença da pessoa com alteração do estado de saúde mental. As duas primeiras sessões tiveram uma assiduidade de 90% e as outras três tiveram 80%.

Com a primeira sessão deu-se conhecimento aos participantes do presente trabalho de projeto, dos resultados das entrevistas e dos questionários que tinham preenchido.

Nas outras quatro sessões transmitiram-se conhecimentos acerca da legislação vigente, dos fatores de risco, dos sinais e sintomas na esquizofrenia, da rede de suporte social e da prevenção de recaídas, assim como a necessidade de pedir ajuda.

Na avaliação das sessões, os participantes responderam que os temas apresentados foram pertinentes e esclarecedores e que deram resposta às suas necessidades.

Relativamente à segunda sessão, quatro elementos do grupo não conheciam a Lei de Saúde Mental, Nº 36/98, de 24 de Julho, e três solicitaram um exemplar da mesma. Com a apresentação da quarta sessão, todos os elementos do grupo responderam que lhes proporcionou alguma segurança. Dois elementos do grupo não possuíam conhecimento acerca da rede social de apoio, na área de residência e em dois concelhos da margem sul. Porém, dois familiares mostraram-se pouco confiantes no apoio destas instituições, visto terem tido experiências anteriores *desagradáveis*. Quatro elementos do grupo mencionaram ter sido importante conhecer pessoalmente o assistente social. Na última sessão, os participantes foram sensibilizados a pedir ajuda, no sentido de precaver recaídas e de diminuir o número de reinternamentos.

A maioria dos participantes neste trabalho de projeto, nunca tinha participado em sessões de psicoeducação (apenas um elemento, é que já tinha participado). Durante as sessões estiveram atentos, demonstrando interesse pelos temas apresentados, referindo que correspondiam às suas necessidades reais. Na segunda, terceira e quinta sessão, os elementos do grupo, nomeadamente, um, dois e três, respetivamente, aludiram que precisavam de mais sessões sobre estas temáticas. Apesar da existência de um planeamento, este tem ser continuamente ajustado às necessidades dos familiares/cuidadores. Nomeadamente a segunda sessão não tinha sido identificada como necessidade desta amostra, só foi expressa na primeira sessão.

Perante as necessidades apresentadas por estes participantes, os familiares/cuidadores necessitam com frequência de conselhos práticos, de informação e de educação acerca dos sinais e sintomas da doença, da medicação, de estratégias para lidar com o familiar. Ainda que a informação por ela não altere os resultados a longo termo, a verdade é que melhora a esperança e a confiança dos familiares/cuidadores nos profissionais de saúde e pode ter grande valor na facilitação de estratégias de *coping* e no impacto emocional da pessoa com alteração do estado mental (Brugha et al., 1993 e Hanson, 2005).

O impacto que estas sessões tiveram neste grupo foi positivo e confirmado pelos intervenientes. Neste sentido, podemos afirmar que conseguimos atingir os objetivos propostos. Desenvolvendo competências este grupo de familiares/cuidadores para a identificação e compreensão das atitudes do familiar doente, para que possam ser mais tolerantes às mudanças de comportamento deste, de modo a evitar condutas desadequadas



e elevados índices de emoções expressas. Também foi enfatizada a importância do pedido de ajuda, sempre que o considerem necessário.

De acordo com Bustillo et al., (2001) os estudos revelam, existir uma boa relação custo-benefício acerca da implementação das intervenções psicoterapêuticas, devido à redução dos tempos e dos episódios de internamento. Por isso, estas deveriam constituir um procedimento habitual dos cuidados prestados nos serviços de saúde mental (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Neste trabalho de projeto, além de realizarmos as intervenções que estavam planeadas, surgiu oportunidade de implementar intervenções decorrentes da execução do projeto, que contribuíram para a sua valorização. Realizaram-se três sessões, na UIC da margem sul, para pessoas inscritas no PRISMA, uma sessão na Unidade Hospitalar da margem sul, para pessoas com alteração do estado de saúde mental, que estavam em regime de internamento e uma sessão na UCSP da margem sul, para a equipa médica e de enfermagem desta unidade. As quatro primeiras sessões tiveram como objetivos o desenvolvimento de competências a nível da promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção a pessoas com comportamentos desajustados ou desadaptados que lhe provoquem sofrimento. Objetivos que foram atingidos.

Na quinta sessão, tivemos como objetivo (que foi conseguido) dar a conhecer este trabalho de projeto, para posteriormente dar-lhe continuidade na UCSP da margem sul. Só com a implicação da equipa e com a replicação de unidades de programas comunitários e programas de psicoeducação, se pode contribuir para a diminuição do estigma e para que as pessoas com alteração do estado de saúde mental e seus familiares/cuidadores possam ter melhor qualidade de vida (OMS, 2005).

Realizamos também o acompanhamento de duas pessoas com alteração do estado de saúde mental, através de entrevistas de avaliação diagnóstica, uma em contexto hospitalar e outra na comunidade. Com a realização das entrevistas, foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE e delinearam-se planos terapêuticos, com os quais as pessoas concordaram.

Na última parte deste trabalho foi efetuada uma reflexão acerca das competências específicas do enfermeiro especialista e mestre de saúde mental, à luz do Artº 4º, do Regulamento 129/2011 (RCEEEESM, OE, 2010), e do Decreto-Lei 74/2006 (Graus e Diplomas de Ensino Superior/Processo Bolonha), alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008 e pelo 230/2009.

A realização deste trabalho de projeto permitiu-nos desenvolver competências ao nível: da aquisição e consolidação de conhecimentos; comunicação com grupos; autoconhecimento, relacionamento interpessoal. Como mencionado, pretendemos dar continuidade a este trabalho na UCSP onde exercemos funções, nomeadamente através da implementação de uma consulta de enfermagem de saúde mental e dar continuidade ao grupo de psicoeducação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia – conhecer a doença* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Aguilera, D.C. (1998). *Crisis intervention: theory and methodology* (8ª ed.). St. Louis: C.V. Mosby.

Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde (2009). *Cuidados integrados e recuperação* (Manual de Trabalho, Versão 1.3). Lisboa. Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária.

American Nurses Association (ANA) (1992). *Case management by nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

American Nurses Association (ANA). Council on Psychiatric and Mental Health Nursing (1994). Statement on Psychiatric Mental Health Clinical Practice and Standards of Psychiatric Mental Health Clinical Nursing Practice. Washington, DC: ANA.

APA (American Psychiatric Association) (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. - texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

Arfwedson, G. (1978). Estudar problemas. In: Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M. (1991) *Consultar em Trabalho de Projecto – 2. Leituras comentadas*. Porto: Edições Afrontamento.

Baker, A. F. (1993). Schizophrenia and the family. In C.S. Fawcett (Ed.). *Family Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.

Baldwin, B. A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: implications for crisis intervention. *The American journal of orthopsychiatry*, 48 (3), 538-51.

Barcelos, M. (2004). Glossário. In: Neves, M; Pacheco, S. (org.) *Para uma ética de enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Bardin, L. (1991). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barroso, S. M., Bandeira, M., Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de psiquiatria clínica*, 34 (6), 270-277.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Editora Quarteto.

Bento, M. C. (2001). Formação em Enfermagem: Que caminho? *Sinais Vitais*, 35, 29-34.

Bilro, M. E. S. (2004). *Articulação de Cuidados*. In: Bilro, M.E.; Cruz, A. G. (coord.). *Enfermagem oncológica* (1ª ed.). Coimbra: Formasau, 193-202.

Bomar, J. P. (1996). *Nurses and family health Promotion: Concepts, assessment, and interventions* 2ª Edição). Philadelphia: W.B. Saunders

Botelho, J. (1994). A pedagogia do projeto. *Enfermagem em Foco*, Lisboa (IV) 14, fev./abr. 1994, 35-37.

Botelho, J. (1996). O trabalho de projeto na prática do enfermeiro. *Enfermagem em Foco*, Lisboa (VI) 23, mai./jul. 1996, 43-46.

BRITO, Luísa – **Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com esquizofrenia**. Universidade de Lisboa, 2011. Prova de doutoramento.

BRITO, Luísa - **Ser familiar de um doente esquizofrénico – um estudo fenomenológico**. Não publicado, 2004. Dissertação para concurso na ESEAF.

Brito, M.L.S. (2006). Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5:15-24.

Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.

Brugha, T. S., Wing, J. K., Brewin, C. R., MacCarthy, B., Lesage, A. (1993). The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 28 (5), 218-24.

Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *The American journal of psychiatry*, 158 (2), 163-75.

Cabral, B. (2001). Estação comunidade In: Janete, A. & Lancetti, A. (org). *Saúde mental e saúde da família* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Caldas de Almeida, J.M., Xavier, M. (1997). Perspectivas actuais do tratamento da esquizofrenia na comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12:885-862.

Canário; R. (2005) *O que é a Escola? Um “olhar” sociológico*. Porto: Porto Editora.

Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação – Guia para Auto - aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carmo, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.

Chien, W. T., Chan, S., Morrissey, J., Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of advanced nursing*, 51 (6), 595-608.

Cochrane, J.J., et al. (1997). The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological study. *American Journal of Public Health*, 87:2002-2007.

Coelho, C., Ferreira, M. J., Fernandes S. C., Gonçalves, D.C., Senra, J. (2004). A esquizofrenia e a família: a avaliação da eficácia de um programa psicoeducativo. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 185-194.

Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª Edição. Lidel – edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses.

Coordenação Nacional para A Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo de classificação internacional para a prática de enfermagem*. Consultado em 5 de fevereiro de 2012, em Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoeboapratica.pdf>.

Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – Das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cortesão, L. (1991) Projeto, interface de experiência e de intervenção. *In*: Leite, E.; Malpique, M., Santos, M. (org). *Consultar em Trabalho de Projeto – 2. Leituras comentadas*. Porto: Edições Afrontamento, 81-89.

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março (2006). Graus e Diplomas de Ensino Superior/Processo Bolonha, alterado pelos DL 107/2008, de 25 de junho e 230/2009, de 14 de setembro, retificado pela Declaração de Retificação nº 81/2009, de 27 de outubro.

Despacho n.º 10321/2012 de 24 de junho (2012). Procede à criação de um grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família. *Diário da República, II série, N.º 188, 27140*.

Dessy, E. (2009). Effective communication in difficult situations: preventing stress and burnout in the NICU. *Early human development*, 85 (10 Suppl), S39-41.

Dixon, L. B., Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4), 631-643.

Doise, W. (2002). *Direitos do homem e força das ideias*. Lisboa: Livros Horizonte.

Estudantes do 7ª CLE, Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

Fallon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W. et al. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 887-896.

Fallon, I.R.H., Laporta, M., Fadden, G. Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families*. London: Routledge.

Fallon, I.R.H., Liberman, R.P., Lillie, F. (1981). Family therapy with schizophrenics at high risk of relapse. *Family Process*, 20, 211-221.

Fallon, I. R. H., McGill, C., Boyd, J., Pederson, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17 (1), 59-66.

Falloon, I. R. (1999). Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. *Psychiatric Services*, 50 (5), 615-618.

FNERDM (2006). *Recomendações das entidades de reabilitação psicossocial para a comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental*. Consultado em 7 de Janeiro de 2013, em Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais:[http://www.fnerdm.pt/Downloads/docs/Recomenda%E7%F5es%20FNERDM\\_CNRSSM.pdf.rss](http://www.fnerdm.pt/Downloads/docs/Recomenda%E7%F5es%20FNERDM_CNRSSM.pdf.rss)

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Fresán, A, Apiquian, R, Ulloa, R E, Loyzaga, C, García- Anaya, M, Gutiérrez, D (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, nº 4 (Vol. 24), 36-40.

Gamache, G., Rosenheck, R. A., Tessler, R. (2000). Factors predicting choice of provider among homeless veterans with mental illness. *Psychiatric services*, 51 (8), 1024-8.

Giddens, A. (2007). *Sociologia* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goldstein, D. (1978). Crisis intervention: a brief therapy model. *The Nursing clinics of North America*, 13 (4), 657-663.



Gomes, M. S, Mello, Rosâne. (2012). Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. *Revista eletrónica saúde mental álcool drogas* (ed.port), 8 (1), 2-8.

Gonçalves Pereira, M., Caldas de Almeida, J.M. (1999). Repercussões da doença mental na família – um estudo de familiares de doentes psicóticos. *Ata Médica Portuguesa*, 12, 161-168.

Gonçalves Pereira, M. - **Famílias de pessoas com síndromes psicóticas: análise dimensional e avaliação da efectividade de uma intervenção em grupos para familiares.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010. Prova de doutoramento.

Gonçalves Pereira, M, Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 29 (1), 3-10.

Gonçalves Pereira, M, Xavier, M, Fadden, Gráinne (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 2 (XXV): 241-253.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barohona-Correa, B., Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: Dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*, 19, 1-8.

Graves-Resende, L. (1999). *Gestão de Conflitos pela Mediação Escolar*. Comunicação apresentada no IV Seminário do Relacionamento Humano. Gestão de Conflitos pela Mediação Escolar. Universidade Católica, 15 de outubro de 1999.

Guedes, A.S.M. - **Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional.** Porto: Universidade do Porto, 2008, Prova de Mestrado.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.

Haas, G. L., Glick, I. D., Clarkin, J. F., Spencer, J. H., Lewis, A. B., Peyser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E., Lestelle, V. (1988). Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Archives of general psychiatry*, 45 (3), 217-24.

Hennessy, D., Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi- country family health nurse pilot study*. Consultado em 12 de fevereiro de 2012, em World Health Organization: <http://www.who.int/en/>.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

ICN – International Council of Nurses (2006) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jeanguiot, N. (1999) Approche de l'alternance en formation: étude comparée de la formation des enseignants à l'I.U.T.M. et de la formation des infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 57, 57 – 87.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 157, 571-7.

Leff, J. (2000). *Cuidados na Comunidade Ilusão ou Realidade? (1ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Leff, J., Kuipers k, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., Sturgeon, D. (1982). Social intervention in schizophrenic families. *Lancet*, 2, (8310), 1275.

Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry. Supplement* , (23), 71-6.

Leite, E., Malpique, M., Santos, M. (1991). *Trabalho de Projeto – Aprender por projetos centrados em problemas*, (2<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Lewine, R., Strauss, J., Gift, T. (1981). Sex differences in age at first hospital admission for schizophrenia: fact or artifact? *American Journal of Psychiatry*, 138, 440-444.

Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Falloon, I. R., Vaughn, C. E. (1981). Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. *Comprehensive psychiatry*, 22 (6), 627-30.

Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of advanced nursing*, 21 (2), 248-55.

Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarnieri, M., Malangone, C., Marasco, C., Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (3), 109-115.

Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J.M., Held, T.; Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of Biomed I study. *Soc Psychiatr epidemiol*, 33 (9), 405-412.

Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Schellong, J., Xavier, M., Goncalves Pereira, M., Torres Gonzales, F., Palma, Crespo, A., Maj, M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, 4 (1), 45-9.

Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Del Vecchio, H., Maj, M., Users' Opinions Questionnaire Working, Group (2008). Views of persons with schizophrenia on their own disorder: an Italian participatory study. *Psychiatric services*, 59 (7), 795-9.

Magliano, L., Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16 (1), 44-49.

Maia, H. et al. (2007), *Manual de Ajuda Mútua*. Consultado em 7 de Janeiro de 2012, em Ajuda Mútua: <http://ajuda-mutua.blogspot.com/>.

Manes, S. (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos* (7ª ed.). Apelação: Paulus Editora.

Marau, J. (2000). *Cuidados na doença de evolução prolongada*. Consultado em 20 de janeiro de 2013, em Manual de Medicina Geral e Familiar (Versão 0.01), em: [http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/13/21\\_texto.html](http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/13/21_texto.html).

Mari, J.J. (1998). *Psiquiatria baseada em evidências: Intervenções familiares e recaídas na esquizofrenia: Metanálise dos resultados de pesquisas*. Consultado em 8 de novembro de 2012, em Priory Medical Journals em: <http://www.priory.com/psych/família.htm>.

Mata, M.A., Pimentel, M. H., Fernandes, A., Magalhães, C.P., Brás, M. (2012). *Sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com variáveis do cuidador e dependência dos idosos nas avd.* Consultado em 5 de Maio de 2013. *Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Bragança*, disponível em: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8343>.

Maurin, J. T., Boyd, C.B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Burden of mental illness on the family: a critical review*, 4 (2), 99-107.

McGilloway, S., Donnelly, M., Mays, N. (1997). The experience of caring for former long-stay psychiatric patients. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 36 ( Pt 1), 149-51.

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223-45.

McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B.; Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52 (8), 679-87.

McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.

MENDES, Patrícia - **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo, 1998, p.95. Prova de Mestrado de Serviço Social.

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional para a Saúde Mental – Programa Nacional de Formação Psicoeducação para famílias*. Consultado em 29 de junho de 2012, em Ministério da Saúde: <http://www.saude mental.pt/saude-mental-de-adultos/programa-nacional-de-formação---psicoeducação-para-famílias/>.

Minuchin, S., Fishman H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Edicione Paidós;

Monteiro, F. J. (2006). Prevenção do estigma social da doença mental. *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania*, 56, 16-24.

Mueser, K., Torrey, W., Lynde, D., Singer, P., Drake, R. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*. 27(3), 387-411.

Murray-Swank, A. B., Dixon, L. (2004). Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS spectrums*, 9 (12), 905-12.

National Alliance for the Mentally III (NAMI). (2007). *PACT: Program of assertive community treatment*. Consultado em 20 de janeiro de 2013. National Alliance on Mental Illness, disponível em: <http://www.nami.org/>.

Navidian, A., Kermansaravi, F., Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC research notes*, 5, 399.

Nóvoa, A. (1988) A Formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus. In: Nòvoa, A.; Finger, M. (Org.) *O Método auto-biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE)*. Versão 1.0. Geneva.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Consultado em 18 de janeiro de 2012, em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2003). *Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Consultado em 15 de dezembro de 2011, em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros – Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Consultado em julho de 2012, em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental. Aprovado por unanimidade em assembleia geral extraordinária de 20 de novembro de 2010*. Consultado em 11 de fevereiro de 2012, em Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Organização Mundial da Saúde (1994). *Família como sistema*. Consultado a 12 de dezembro de 2012, em Administração Regional de Saúde do Algarve: [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/saudeviolencia/exemplo/index.php?option=com\\_content&view=article&id=60](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/saudeviolencia/exemplo/index.php?option=com_content&view=article&id=60).

Organização Mundial de Saúde (2005). Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Consultado em 27 de dezembro de 2012, em World Health Organization: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf).

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova compreensão, nova esperança*. Consultado em 12 de janeiro de 2012, em Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.

Palmeira, L., Geraldês M.T., Bezerra A.B. (2009). *Entendendo a Esquizofrenia: como uma família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro: Interciência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Peplau, H. (1963). A working definition of anxiety. In S. Burd & M. Marshall (Eds.), *Some clinical approaches to psychiatric nursing*. New York: Macmillan.

Peplau, H. (1992). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Ediciones Científicas Y Técnicas, S.A..

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia. I: Meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-82.

Rappaport, J. (1990). “Desinstitucionalização: Empowerment e inter-ajuda”. O papel dos técnicos de saúde mental no século XXI. *Análise Psicológica*, 8 (2), 143-162.

Read, J., Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of “mental patients”. *Journal of Mental Health*, 10 (2), 223-235.

Reis, F. (2004). Intervenção psicoeducativas nas famílias de esquizofrênicos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 20-41.

Relvas, A. P., Alcatrão, M. (2002). *Novas formas de família*. Lisboa: Quarteto.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação (3ª ed.)*. Loures: Editora Lusociência.



Rich, R.C., Edelstein, M., Hallman, W., Wandersman, A. (1995). Citizen Participation and Empowerment: the case of local hazards. *American Journal of Community Psychology*, vol. 23 (5), pp. 657-676.

Roberts, G. (2006). The principles and practice of rehabilitation psychiatry. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T.(org.). *Understanding madness in enabling recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell, Londres.

Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 67-76.

Santos, Isabel. - **Avaliação das Necessidades Educacionais dos Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia. Contribuição para a validação de um questionário.** Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2011. Prova de Mestrado.

Santos, M. J. H. (2006). Prefácio. *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania*, 56, 3-5.

Seitz, E. M. (2006). *Biblioterapia: Uma Experiência com Pacientes Internados em Clínicas Médicas*. Consultado em 30 de junho de 2012. Revista ACB, disponível em: <http://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/452/567>Capa > v. 11, n. 1.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sequeira, J. (2000). *Desenvolvimento pessoal* (3ª ed). Lisboa: Edição Monitor.

Serviços Sociais na Saúde (2010). *Saúde mental*. Consultado em 15 de dezembro de 2011, em Serviço Social na Saúde: <http://servicosociaisauade.wordpress.com/em-definicao-3/>.

Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2010). *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II Congresso Internacional da SPESM*. Barcelos, Portugal.

Schultz, S. H., North, S. W., Shields, C. G. (2007). Schizophrenia: A review. *American Family Physician*, 75(12), 1821-9.

Terra, M.G., Sarturi, F., Ribas, D.L., Erdmann, A.L. (2006). *Saúde Mental: Do Velho Ao Novo Paradigma – Uma Reflexão*. Consultado em 25 de novembro de 2011. Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal, disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127715307013.pdf>.

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra, modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Torrallba, F. (2010). *A Arte de Saber Escutar* (1ª ed.). Lisboa: Guerra e Paz, Editores S.A..

Torrey, E. Fuller (2006). *Surviving schizophrenia – a manual for families, patients, and providers* (5ª ed.). New York: Harper Collins Publishers.

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.

Vala, J. (1986). Análise de Conteúdo. In: SILVA, A.; PINTO, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Editora Afrontamento.

Vaughan-Cole et al (1998). *Family nursing practice*. W.B.Saunders Company: Philadelphia.

Xavier, M., Pereira, M., Corrêa, B., Almeida, J. (1997). Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2002, 3 (2), 165-177.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar um Teoria de Enfermagem*. Loures: Editora Lusociência.

Worakul, P., Thavichachart, N., Lueboonthavatchai, P. (2007). Effects of psycho-educational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*, 90 (6), 1199-204.

Yacubian, J. (2009). *Grupos psicoeducacionais para familiares*. Consultado em 6 de janeiro de 2013, em ABRATA, Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos, São Paulo em: <http://www.abrata.org.br/site/artigos/artigos.asp?vLin>.

Zanetti, A. C., Galera, S. (2007). O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúch Enferm.*, 28 (3), 385-92.

## **APÊNDICE**

## **ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO**

## **Conhecer As Necessidades Dos Familiares/Cuidadores, De Pessoas Com Alteração Do Estado De Saúde Mental, Nomeadamente Esquizofrenia**

Nunes, Lucília Rosa Mateus - Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal; Mestre em Ciências de Enfermagem (UCP, 1995) e em História Cultural e Política (UNL, FCSH, 1994); Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica; Presidente do Conselho Técnico-Científico da ESS (desde 2010).

Lopes, Joaquim Manuel de Oliveira - Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Responsável pelo Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Responsável pelo Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ramos, Lino Alexandre Andrade Monteiro - Professor adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde.

Capela, Graça Maria Oliveira Lopes, estudante do 1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

### ***RESUMO***

A problemática deste trabalho centrou-se na identificação das necessidades dos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia, com posterior aplicação de sessões psicoeducativas direcionadas aos elementos da amostra.

A esquizofrenia é uma doença complexa, crónica, sendo a sua prevalência a nível mundial de 1%. Esta alteração do estado de saúde mental ostenta um conjunto de sintomas muito variados e complexos, tornando-se, por vezes, de difícil compreensão. Pelo que a responsabilidade dos cuidados diários, às pessoas com alteração do estado de saúde mental, recai sobre os familiares/cuidadores que, na grande maioria não possuem preparação para tal, levando-os a vivenciar sentimentos de angústia, revolta, que podem conduzir a um aumento do índice de emoções expressas, provocando na pessoa com alteração do estado

de saúde mental um aumento de *stress*, e consequentemente recaídas e reinternamentos (Afonso, 2002).

No presente trabalho de projeto, de carácter exploratório-descritivo, utilizaram-se os métodos quantitativo e qualitativo (com análise de conteúdo), recorrendo-se à entrevista e questionário - Questionário de Problemas Familiares – Xavier et al. (1997). Para colheita de dados estudámos os elementos da amostra, a qual foi constituída por oito familiares/cuidadores, de pessoas com esquizofrenia, inscritos numa Unidade de Intervenção Comunitária e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, correspondente, da margem sul.

Através da análise qualitativa e quantitativa dos dados obtidos no presente trabalho de projeto, podemos constatar que estes familiares/cuidadores encontram-se em sobrecarga, tanto subjetiva, como objetiva, levando-os a sentir necessidade de: apoio e de informação acerca dos sinais e sintomas da doença do seu familiar; como detetar precocemente situações de crise e o modo de atuar; informação acerca da vigilância médica e de enfermagem e informação acerca dos recursos disponíveis na comunidade.

Uma vez conhecidas as necessidades da amostra, pretendemos dar resposta às mesmas, através de intervenções psicoeducativas, que irão promover uma maior capacidade de adaptação dos familiares/cuidadores, aumentando o seu *empowerment*.

**Palavras-chave:** esquizofrenia, familiares/cuidadores, necessidades, sobrecarga familiar, intervenções psicoeducativas.

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a chronic and complex disease and its worldwide prevalence is around 1%. The daily care of these patients falls on the family / caregivers who in their vast majority have no special training. This leads them to feel a swirl of uncontrolled emotions which provokes a stress increase in the schizophrenic person. The possibility of relapse and rehospitalisation increases accordingly.

The aim of this work was to identify the needs of families / carers of people with schizophrenia and train them with psychoeducational sessions.

In this paper, of an exploratory-descriptive character, we used quantitative and qualitative methods. The interview and questionnaire– Questionário de Problemas Familiares – Xavier

et al. (1997) were used. Our data was obtained from eight family members / caregivers of schizophrenia patients enrolled in a Community Intervention Unit and Unit Health Care Custom, corresponding, on the southern shore of the Tejo River.

Through this work we focused on promoting the development of these families / caregivers' skills in dealing with their family member through five psychoeducational sessions. These sessions were oriented towards the correction of families / caregivers needs and issues.

The family / caregivers were more aware of their needs after these sessions, showing more receptivity towards getting more information and training as a way to improve the care of their family member. They acknowledged also the importance of knowing a social worker –professional of reference - as an intermediary between the care providers and family members / caregivers.

**Keywords** - Schizophrenia; Family / caregivers; Needs; family burden; family interventions; psychoeducational interventions.

## ***INTRODUÇÃO***

O presente artigo surge no âmbito do 1º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

A problemática deste trabalho de projeto surge na sequência dos interesses dos autores, acerca das pessoas com alteração do estado de saúde mental da UCSP da margem sul, que estão no domicílio e de seus familiares/cuidadores.

A grande viragem do século XX residiu na desinstitucionalização, ou seja, a pessoa com alteração do estado de saúde mental deixou de viver no hospital e passou a viver no domicílio, tornando-se crucial, não só reabilitar a pessoa com alteração do estado de saúde mental para a comunidade, mas a própria comunidade criar as infraestruturas adequadas para os receber (Cordo, 2003).

Nesta perspetiva integradora, houve necessidade de se criarem departamentos/centros de saúde mental, que apoiassem nessa integração tanto o indivíduo como a família (Terra et al, 2006). É patente a boa vontade que existe no que concerne à estadia da pessoa com alteração do estado de saúde mental na comunidade. No entanto, continuam-se a verificar atitudes de medo, exclusão, estigma e de controlo social (Cordo, 2003 e Alto Comissário da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

Este trabalho de projeto centrou-se na identificação das necessidades dos



familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia inscritos numa UIC e na UCSP, correspondente, da margem sul.

Neste trabalho com carácter exploratório e descritivo, utilizamos um método quantitativo e qualitativo, com análise de conteúdo. Os instrumentos utilizados foram um questionário - Questionário de Problemas Familiares – Xavier et al. (1997) e um guião de entrevista.

Pela análise dos dados obtidos, verificou-se que estes familiares/cuidadores encontram-se em sobrecarga subjetiva e objetiva, tendo necessidade de aumentar os seus conhecimentos no que concerne a: sinais e sintomas da doença do seu familiar; detetar precocemente situações de crise e como atuar; vigilância médica e de enfermagem e recursos disponíveis na comunidade.

## ***PROBLEMÁTICA***

Identificar as necessidades dos familiares/cuidadores de pessoas com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente esquizofrenia, inscritos na Unidade de Intervenção Comunitária e na Unidade Cuidados Saúde Personalizados da margem sul.

## ***ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL***

A esquizofrenia é uma doença que pode ser desenvolvida em determinado momento da vida da pessoa. É uma doença complexa, não dependendo apenas de uma causa, mas antes de uma provável etiologia multifatorial (Afonso, 2002).

Os cientistas aludem que os sintomas da esquizofrenia são motivados por um desequilíbrio químico no cérebro, ou seja, os neurotransmissores podem conduzir o cérebro a transmitir mensagens com informação errada. Estes cientistas não sabem quais são os fatores do desequilíbrio, pelo que falam na vulnerabilidade biológica (Alto Comissário da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

Os principais sintomas da esquizofrenia passam por alucinações, delírios, perturbações do pensamento, dificuldades cognitivas, declínio no funcionamento social ou ocupacional, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos (falta de energia, motivação, prazer ou expressão emotiva). As pessoas com alteração do estado de saúde mental (Esquizofrenia) apresentam um isolamento social marcado por um embotamento afetivo e uma pobreza ao nível do conteúdo do pensamento (Afonso, 2002; Alto Comissário da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

O diagnóstico desta patologia é feito tendo por base um quadro de diferentes sintomas, a sua duração e a severidade. O aparecimento de meios auxiliares de diagnóstico como a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Magnética, entre outros, aliado ao desenvolvimento na área da genética, vieram proporcionar uma maior credibilidade ao diagnóstico clínico (Afonso, 2002).

A esquizofrenia é uma doença que tende a manifestar-se por episódios. Em cada episódio os sintomas podem ser semelhantes, ou diferentes e com níveis de intensidade variáveis. Com o mesmo diagnóstico, cada pessoa vive esta patologia de modo diferente, podendo ter sintomas desiguais. No entanto, estas pessoas podem ter vidas produtivas e com sentido, através da adesão à medicação e aprender a viver com os seus próprios sintomas, ou seja “*o que a pessoa faz afeta a sua recovery*” (Alto Comissário da Saúde/Ministério da Saúde, 2009:74).

O estigma pode influenciar negativamente a pessoa com alteração do estado de saúde mental, nomeadamente com esquizofrenia ou o seu familiar/cuidador levando-os a não acreditar que podem ter uma vida produtiva, conseguindo atingir os objetivos a que se propõem. Este é um preconceito que está relacionado com ideias e atitudes negativas que o cidadão tem acerca da patologia mental (Cordo, 2003; Alto Comissário da Saúde/Ministério da Saúde, 2009).

Deste modo, quanto mais informadas estiverem as pessoas com alteração do estado de saúde mental e os seus familiares/cuidadores, acerca das doenças mentais e da legislação e cruzarem este saber com outras pessoas, menor tenderá a ser o estigma acerca das doenças mentais.

Segundo o Plano Nacional para a Saúde Mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental et al., 2008:5):

*“os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.”*

A fonte anteriormente referida, visa assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com alteração do estado de saúde mental, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis, proteger os direitos humanos destas pessoas; reduzir o impacto das perturbações mentais; descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitando a participação das comunidades, das pessoas com do estado de alteração do

estado de saúde mental e respetivas famílias; integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

A existência de recursos na comunidade é de extrema importância para o apoio as pessoas, como para os seus cuidadores. No entanto, estes têm que formular as suas necessidades e solicitar o seu pedido. Segundo Hess (1984, cit. por Carmo, 1999) qualquer tipo de intervenção inicia-se com a expressão de um pedido do sistema-cliente (ou de quem o desempenhe), que se exprime com a manifestação de uma necessidade social, que surge pela consciencialização de um determinado problema. É da responsabilidade de ambas as partes identificar o problema, dialogando com o sistema-cliente, passando-se depois à fase de negociação. Nesta fase, ambas as partes negociam as funções, que cabem a cada um, para a resolução do problema. Porém, para que isto seja possível tem de haver o envolvimento ativo do sujeito/utente, promovendo a sua capacidade de autonomia.

Por vezes, como educadores é necessário refletirmos acerca do modo como nos posicionamos em relação a estes nossos parceiros (Graves- Resende, 1999). Intervir na realidade é difícil, mudar atitudes e comportamentos não é fácil, mas é possível. Esta mudança conduz à produção de novos saberes, de novos conhecimentos, só com o envolvimento de todos se pode estabelecer um plano de intervenção. Este envolvimento é tanto mais eficaz, quanto maior for o nível de conhecimentos dos familiares/cuidadores, assim como das pessoas com alteração do estado de saúde mental. Esta ótica orienta-nos para uma máxima muito utilizada atualmente: *empowerment*.

## ***MATERIAL E MÉTODOS***

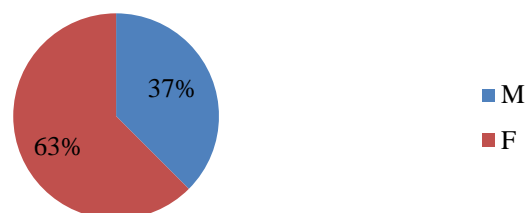
Este trabalho de projeto foi de carácter exploratório e descritivo, utilizando os métodos, quantitativo e qualitativo. A recolha dos dados para a sua realização foi através de uma entrevista estruturada, com perguntas abertas, e de um questionário - Questionário De Problemas Familiares, versão Portuguesa de Xavier et al. (1997). Para a análise dos dados qualitativos, recorreu-se à análise de conteúdo, das respostas obtidas, através da entrevista. Neste estudo a amostra é não probabilística e intencional e tem como critérios de exclusão, a pessoa com alteração do estado de saúde mental não estar

no domicílio e ser portador de outra patologia mental que não a esquizofrenia.

### **Caracterização Sociodemográfica da Amostra**

Relativamente à análise do gráfico nº1 verifica-se que o sexo feminino se encontra em maior percentagem (correspondendo a 63% da amostra) neste grupo de familiares/cuidadores.

**Gráfico1: Sexo**



No gráfico nº2 verifica-se que o grupo etário mais representativo se situa entre os 60-70 anos (correspondendo a 62% da amostra), seguido pelo grupo etário dos 50-60 anos (25% da amostra) e 13% da amostra corresponde ao grupo etário dos 80-90 anos.

**Gráfico2: Idade**



No que concerne ao estado civil, verifica-se no gráfico nº3 que a amostra do estudo mais expressiva se circunscreve aos casados (75%). Sendo outros dois dos inquiridos, um viúvo (13%) e o outro solteiro (12%).

**Gráfico3: Estado Civil**



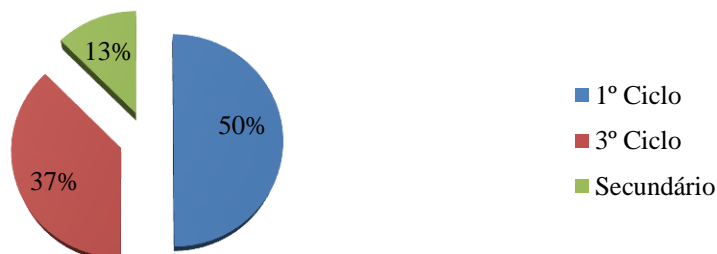
No gráfico nº4, que menciona o grau de parentesco com o doente, podemos constatar que 50% da amostra corresponde a mães cuidadoras, 25% reporta-se ao pai como cuidador e 12% e 13% diz respeito ao cônjuge e irmão.

**Gráfico4:** Grau de Parentesco com o doente



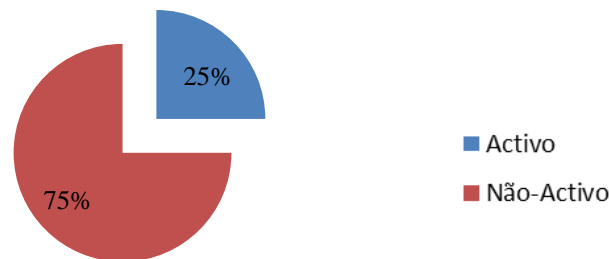
Relativamente ao grau de escolaridade da amostra do estudo, podemos analisar no gráfico nº5 que 50% da amostra corresponde ao 1º ciclo. Seguido de 37% da amostra com o 3º ciclo e 13% desta com o ensino secundário.

**Gráfico5:** Grau de escolaridade



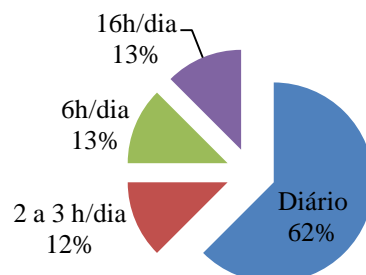
Relativamente ao gráfico nº6, que se reporta à situação laboral da amostra do presente trabalho, podemos comprovar que 75% apresenta uma situação laboral não ativo. Estando no ativo apenas 25% da amostra.

**Gráfico6:** Situação Laboral



No gráfico nº7, que diz respeito ao contacto diário com o doente, da população inquirida neste trabalho, 24h/diário corresponde na amostra a uma percentagem de 62%. Em relação a 16h/dia e a 6h/dia com 13% simultaneamente e 12% referem-se a 2 a 3h/dia.

**Gráfico7:** Contacto diário com o doente (horas)



## **RESULTADOS**

Analisando-se o conteúdo da informação obtida na entrevista, alguns familiares têm conhecimento do diagnóstico da pessoa com alteração do estado de saúde mental, mas quando questionados acerca do que consiste, não sabem especificar.

Quando questionados sobre os comportamentos que o seu familiar tem que se relacionam com a doença, os inquiridos identificaram alguns sinais e sintomas. Todos os elementos inquiridos mencionaram sintomas de Esquizofrenia.

Relativamente ao tipo de apoio que os inquiridos gostariam de ter, foram

mencionadas necessidades de apoio, de ajuda em determinadas áreas específicas; como de informação sobre a doença, apoio e vigilância médica e de enfermagem, alívio da tensão e da sobrecarga familiar, assim como do conhecimento da rede social existente. Salientaram também a importância da necessidade económica.

Na aplicação do questionário de Xavier et al., (1997), observamos que o índice global de “sobrecarga objetiva” foi de  $1,91 \pm 1,13$ , com pontuações mais elevadas nos itens relacionados com as limitações a nível das férias, dos problemas com o sono, dificuldade em sair ao fim de semana e nas limitações dos períodos de lazer. Os itens mencionados foram os mais pontuados, com uma moda de 2. Comparativamente com o estudo realizado por Xavier et al., (1997), os itens mais pontuados neste índice foram também ao nível das férias e dos tempos de lazer. Neste índice global, dos oito itens existentes, seis são mais elevados neste trabalho, o que poderá enunciar que os familiares/cuidadores inquiridos estão a vivenciar uma grande ansiedade e sobrecarga.

Ao nível de “sobrecarga subjetiva” o valor do índice global foi de  $2,64 \pm 0,79$ , verificando-se as pontuações mais elevadas nos itens relacionados com a preocupação com o futuro dos familiares, o desapontamento pela evolução do doente, sentimentos de depressão e choro e a responsabilização do doente. Um item com um valor mais baixo relativamente aos mencionados anteriormente refere-se à sensação de esgotamento iminente. Os dois primeiros itens foram os mais pontuados com uma moda de 4, enquanto os dois itens seguintes tiveram uma moda de 3. No estudo piloto supramencionado, ao nível deste índice os itens com pontuação mais elevada coincidem com os encontrados neste trabalho, a nível do desapontamento pela evolução do doente e da responsabilização deste pelos problemas familiares. Relativamente à sobrecarga subjetiva todos os itens deste trabalho têm pontuações mais elevadas em relação ao estudo piloto. Provavelmente as pessoas inquiridas estão a vivenciar sentimentos muito intensos decorrentes da vivência intrapsíquica relacionada com estas limitações, apresentando um índice de emoções expressas provavelmente mais elevado.

Relativamente à “ajuda recebida” obteve-se um índice de  $1,86 \pm 0,69$ , em que as pontuações mais elevadas se verificam ao nível dos itens que compreendem a colaboração por profissionais de saúde, tendo um valor de 2,63 relativamente aos enfermeiros e 2,25 por parte dos médicos, com uma moda de 3 e 2, respetivamente. O item que se refere à informação dada por profissionais de saúde teve um valor médio de 2 e uma moda de 3. As pontuações mais elevadas coincidem com as do estudo piloto a nível dos itens que

envolvem a ajuda prestada por parte dos médicos e dos enfermeiros.

Em relação às “atitudes positivas” avaliamos um índice de  $1,87 \pm 0,70$ , sendo as pontuações mais elevadas ao nível dos itens que elogia a sensibilidade do doente e do elogio de qualidades do mesmo com um valor de 2,25 e 2 respetivamente, com uma moda de 2 em ambos os itens. Comparativamente ao estudo piloto, o item que elogia a sensibilidade do doente também é um dos mais pontuados.

Nestes dois índices “ajuda recebida” e “atitudes positivas” todos os itens são mais baixos do que os do estudo piloto. Provavelmente devido a uma menor dimensão da amostra no presente trabalho, comparativamente à do estudo piloto. Os elementos da amostra referem reconhecer qualidades no familiar com alteração do estado de saúde mental, tais como: “desenho surrealista” (Q1), “leitura” (Q2, Q4), “simpático” (Q3), “inteligente, restauro de têxteis” (Q5), “inteligente” (Q6), “educado, respeitador, fazer recados e pintar” (Q7), “cultura geral, aptidões informáticas” (Q8).

A dimensão “criticismo” revelou um índice de  $1,62 \pm 0,66$ , cujo valor foi o mais baixo de todas as outras dimensões analisadas, em que o valor mais elevado foi em relação ao extrair algo de positivo da situação, com uma moda de 2. O valor deste item que teve a pontuação mais baixa, foi relativamente à vontade de se separar do doente, facto este que também se verifica no questionário de Xavier et al., (1997). Neste índice todos os itens deste trabalho têm pontuações mais elevadas que as do estudo piloto.

## CONCLUSÃO

Através da análise qualitativa e quantitativa dos dados obtidos no presente trabalho, constatamos que estes familiares/cuidadores encontram-se em sobrecarga subjetiva e objetiva, para além de que a maioria apenas tem informação do diagnóstico do seu familiar. No entanto, relativamente à ajuda recebida, a pontuação do item: “*ajuda recebida por parte dos enfermeiros, médicos e informação dada pelos profissionais de saúde*” é elevada, sendo esta uma das lacunas sentidas pelos familiares/cuidadores, levando-os a sentir necessidade de apoio e de informação acerca dos sinais e sintomas da doença do seu familiar, de como detetar precocemente situações de crise e o modo como atuar.

Outra das necessidades identificadas foi acerca da vigilância médica e de enfermagem. Assim como a necessidade do conhecimento sobre dos recursos disponíveis na comunidade.



À luz dos resultados obtidos podemos concluir que deverão ser realizadas intervenções psicoeducativas. Estas devem procurar responder às necessidades identificadas pelos familiares/cuidadores, de modo a que estes consigam apreender informação adequada à sua prática diária, desenvolvendo competências neste âmbito e aumentando o *empowerment*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia – conhecer a doença* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde (2009). *Cuidados integrados e recuperação* (Manual de Trabalho, Versão 1.3). Lisboa. Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária.

Carmo, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.

Coordenação Nacional para A Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – Das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Graves-Resende, L. (1999). *Gestão de Conflitos pela Mediação Escolar*. Comunicação apresentada no IV Seminário do Relacionamento Humano. Gestão de Conflitos pela Mediação Escolar. Universidade Católica, 15 de outubro de 1999.

Terra, M.G.; Sarturi, F.; Ribas, D.L.; Erdmann, A.L. (2006). *Saúde Mental: Do Velho Ao Novo Paradigma – Uma Reflexão*. Consultado em 25 de novembro de 2011, em Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127715307013.pdf>.

Xavier, M.; Pereira, M.; Corrêa, B.; Almeida, J. (1997). Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2002, 3 (2), 165-177.